



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

El trastorno mental y los suicidios

Autor/es

CARLA CANTABRANA SAINZ

Director/es

MARÍA NEUS CAPARRÓS CIVERA

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Trabajo Social

Departamento

DERECHO

Curso académico

2018-19



El trastorno mental y los suicidios, de CARLA CANTABRANA SAINZ
(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative
Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.
Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los
titulares del copyright.



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

EL TRASTORNO MENTAL Y LOS SUICIDIOS

Trabajo de Fin de Grado en Trabajo Social

AUTORA: CARLA CANTABRANA SAINZ

TUTORA: NEUS CAPARRÓS CIVERA

UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

AÑO ACADÉMICO 2018/2019

RESUMEN

El suicidio está calificado por la OMS como un problema mundial de salud pública. El padecer un trastorno mental se considera un factor de riesgo, haciendo que las probabilidades de cometer un acto suicida se eleven. Además, hay que tener en cuenta las dificultades personales y sociales que padecen las personas con problemas de salud mental, agravando más la situación.

En el trabajo se plasmará la conexión existente entre las conductas suicidas y las personas con un trastorno mental diagnosticado, se examinarán las tasas acerca del suicidio en España y La Rioja, y se analizarán diferentes planes relacionados con la salud mental y el suicidio.

Palabras clave: suicidio, trastorno mental, salud mental, Trabajo Social

ABSTRACT

Suicide is described by WHO as a global public health problem. Having a mental disorder is considered a risk factor, causing the chances of committing a suicidal act to rise. In addition, we must take into account the personal and social difficulties suffered by people with mental health problems, further aggravating the situation.

The work will capture the connection between suicidal behavior and people with a diagnosed mental disorder, the rates of suicide in Spain and La Rioja will be examined, and different plans related to mental health and suicide will be analyzed.

Keywords: suicide, mental disorder, mental health, Social Work.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4-5
METODOLOGÍA.....	5-6
MARCO TEÓRICO	
1. Una aproximación al concepto de salud mental.....	
1.1 Trayectoria histórica del concepto de salud mental.....	6-9
1.2 Los problemas en salud mental.....	9-10
1.3 Papel del Trabajo Social en salud mental.....	10-13
2. Diferentes aspectos de la conducta suicida.....	13
2.1 La definición del suicidio a través de varios autores.....	13-14
2.2 Componentes de la conducta suicida.....	14-16
3. Contexto de la conducta suicida.....	
3.1 El trastorno mental como factor de riesgo en la conducta suicida.....	16-17
3.2 Tipos de suicidios consumados.....	18-19
3.3 Algunos datos sobre el suicidio.....	19-27
4. Programas y planes de intervención en la problemática del suicidio.....	
4.1 La prevención a nivel mundial.....	28-30
4.2 Europa y la salud mental.....	30-33
4.3 Medidas españolas preventivas del suicidio.....	33-34
4.4 La prevención del suicidio en La Rioja.....	34-37

RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS.....	38
1.1 Particularidades de los datos recabados por las instituciones acerca del suicidio.....	38-40
1.2 El trastorno mental como factor de riesgo.....	40-42
1.3 Una intervención coherente con la persona usuaria.....	42
1.4 La funcionalidad de las escalas de valoración de la conducta suicida.....	42-43
1.5 El papel protector de la familia.....	43-45
1.6 La influencia de los medios de comunicación.....	45-46
1.7 El suicidio: un tema tabú para la sociedad.....	46-47
1.8 Los beneficios del I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja.....	47-49
1.9 La intervención en la conducta suicida desde el Trabajo Social.....	49-50
CONCLUSIONES.....	51-52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53-58

INTRODUCCIÓN

El Trabajo Social se encuentra ligado a colectivos de personas que, por unas características u otras, tienen dificultades para su completa integración dentro de la sociedad. Es por lo que, las personas con un trastorno mental diagnosticado son un colectivo social donde los y las profesionales del Trabajo Social desempeñan sus funciones laborales. Con la realización de mis prácticas universitarias curriculares en el Centro de Salud Mental de Albelda, me he dado cuenta de lo importante que es la labor de los trabajadores sociales en el ámbito de la salud mental. Una de las tareas que desempeñan es la de dar apoyo en aquellos momentos más difíciles, y entre estas situaciones se encuentran las conductas suicidas.

Comúnmente, los internos verbalizan ideaciones suicidas; e incluso, en alguna ocasión se producen tentativas autolíticas. Es por lo que me hizo reflexionar sobre el suicidio, y ver que se trata de una problemática más, dentro del ámbito de la salud mental. Por ello, he decidido realizar una investigación acerca de las conductas suicidas, y de cómo estas se manifiestan en las personas con trastorno mental diagnosticado. Al mismo tiempo, para saber cómo actuar y prevenir este tipo de conductas, se han examinado diferentes programas y planes en salud mental y en la prevención del suicidio.

Debido a que es un Trabajo de Fin de Grado en Trabajo Social, se ha profundizado en el papel de estos profesionales en base a las funciones laborales que les otorgan los distintos planes estratégicos observados.

El objetivo general y los tres objetivos específicos de este estudio han sido:

- **GENERAL**

Mostrar la conexión existente entre las personas con enfermedad mental y la conducta suicida.

- **ESPECÍFICOS**

- Examinar la evolución de las tasas de suicidio en España y La Rioja.

- Exponer la labor de organizaciones relacionadas con la salud mental y el suicidio.
- Analizar las aportaciones en materia de salud mental que se encuentran en los diferentes programas y planes de prevención de la conducta suicida en España.

METODOLOGÍA

La metodología seleccionada para estudiar la problemática del suicidio asociado a los trastornos mentales ha sido una metodología de carácter cualitativo, sustentada en el análisis de documentación bibliográfica; y de entrevistas a particulares, tanto a profesionales expertos como a personas con trastorno mental diagnosticado.

La revisión de bibliografía se ha realizado a partir de la búsqueda de artículos científicos en bases de datos, como *Dialnet*, relacionados con la salud mental, los suicidios, y el Trabajo Social en dichos ámbitos. Al mismo tiempo se ha tenido en cuenta varios planes y programas estratégicos, bien de la promoción de la salud mental, o bien de la prevención de los actos autolíticos, promulgados por diferentes organismos institucionales tanto a nivel nacional como internacional.

En lo referente a las entrevistas, se han realizado un total de cinco. De las cuales, tres han sido desarrolladas a tres psicólogos especializados en la suicidología y la salud mental, y las dos restantes son el testimonio de personas con un trastorno mental diagnosticado y que han cometido algún acto suicida. Para un correcto análisis de las entrevistas se las ha dotado de un código de identificación a cada una de ellas.

A continuación, se indican el perfil de los entrevistados junto a su código de entrevista correspondiente:

- Eduardo Fonseca Pedrero, psicólogo y profesor titular de la Universidad de La Rioja. Colaborador experto en la elaboración del I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja (2018). (E1).
- Magdalena Pérez Trenado, psicóloga clínica y presidenta del Teléfono de la Esperanza de La Rioja. Colaboradora experta en la elaboración del I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja. (E2).
- Raquel Triana Murcia, psicóloga de la Asociación Salud Mental La Rioja (ASMR). (E3).
- Testimonio 1 de persona con trastorno de la personalidad que ha realizado una tentativa de suicidio. (E4).
- Testimonio 2 de persona con trastorno psicoafectivo que ha realizado una tentativa de suicidio. (E5).

MARCO TEÓRICO

1. UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD MENTAL

1.1 Trayectoria histórica del concepto de salud mental.

Desde el inicio de la modernidad y la mejora de las condiciones de vida para toda la población, las diferentes problemáticas en salud se han hecho cada vez más visibles y notables. Los profesionales de diferentes disciplinas han observado que la salud es un componente fundamental para el bienestar de la sociedad. Para ello, es fundamental la potencialización de un óptimo estado de salud generando unas correctas condiciones de vida. Es necesario tener una visión integral para analizar lo que es la salud mental, hay que examinar en qué consiste la salud en su conjunto; y, además, considerar que la salud mental no es algo aislado e independiente de la propia persona, sino que está estrechamente correlacionado con la salud en general.

El concepto de Salud fue acuñado inicialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946), donde afirmaba que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946, p.1). Esta definición añade nuevas dimensiones al mundo sanitario, introduciendo el enfoque mental que se había descuidado y abandonado hasta entonces, y las consecuencias sociales negativas que padecen aquellas personas con problemas de salud.

Para poder prestar atención a aquellas dolencias que estaban relacionadas con problemas de salud mental, se creó en 1948 la Federación Mundial para la Salud Mental (FMSM), la cual estaba y está en estrecha colaboración y trabajo con la OMS y las Naciones Unidas. En su inicio planteó la definición para la Salud Mental de “condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo del individuo, siempre y cuando éste sea compatible con el de otros individuos” (FMSM, 1948 citado en Berger, 1979, p.20). En ella se introduce (teniendo en cuenta la definición anterior de Salud de la OMS en la que aportaba el ámbito social) un carácter comunitario, exponiendo la conexión existente entre la compatibilidad o no de los comportamientos y actitudes de las diferentes personas que componen la comunidad.

En 2004, en el manual *Intervenir en Salud Mental* se inició el Programa Mundial de Acción en Salud Mental de la OMS. En este se argumentaba que la Salud mental era “un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades” (OMS, 2004, p.4). En él se hace especial mención a que ninguna persona está exenta de poder tener en cualquier momento de su vida algún problema de salud mental, por lo que la concienciación de la prevención y promoción de dichos trastornos mentales es algo que tendría que calar a toda la población. Al mismo tiempo menciona que es necesaria la implicación de la sociedad en su total, y no solo de aquellas personas con problemas de salud mental.

Con la Declaración Europea de Salud Mental, celebrada en Helsinki en 2005 (comúnmente llamada la Declaración de Helsinki) los Estados Miembros de la Unión Europea, y que a su vez son componentes de la OMS, reconocieron que “la salud mental y el bienestar mental

son fundamentales para la calidad de vida y productividad de las personas, las familias, la comunidad y las naciones, permitiéndolas desarrollar una vida plena y ser ciudadanos activos y creativos” (OMS, 2005, p.1). Con esto se crearon unos cimientos esenciales en donde las personas no eran meros pacientes pasivos, sino que se convirtieron en personas activas participativas que aportaban sus creaciones al resto de los ciudadanos, es decir, a la comunidad. Para poder llegar a conseguir este planteamiento ha sido necesario el fomento del bienestar de aquellos con trastornos mentales potenciando su autonomía y empoderamiento. Con todo ello es básico que la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación sociosanitaria de este colectivo sea un objetivo principal de aquellos Estados que participaron en esta Declaración.

Por otro lado, la OMS (2013), expresa que “la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013, p.7). A pesar de que es muy similar a la de la Declaración de Helsinki se introduce una novedad, el hacer frente a los problemas diarios y cotidianos que socialmente no se perciben como nocivos para nuestro bienestar mental. Se trata de una definición más completa que todas las anteriores. Hace alusión a aquellos individuos que, si no poseen esas capacidades y no realizan esas actividades beneficiosas con las que los seres humanos nos sentimos útiles en la sociedad, se producirían situaciones negativas multidimensionales incapaces de originar un apropiado desarrollo personal.

A partir de lo mencionado anteriormente, se puede concluir que la salud es un estado beneficioso, no solo físico, fundamental, que conlleva unas circunstancias vitales óptimas para el sujeto que posea esas condiciones satisfactorias. Pero, no solo para dicho sujeto, sino también para aquellas personas más próximas a él, puesto que los problemas de salud no solo afectan a la propia persona con esas dificultades, sino a su círculo social más cercano (familiares, amistades...) y a su entorno comunitario. Todo ello se podría explicar como un

modelo sistémico en el que, si una persona está afectada negativamente, todos los demás componentes del modelo van a verse perjudicados por esas condiciones sanitarias dañinas.

1.2 Los problemas en salud mental.

Las consecuencias de unos déficits en la salud mental personal conllevan el padecimiento de diferentes trastornos mentales. Las características principales de todos estos trastornos mentales son las alteraciones cognitivas, psicológicas, emocionales y relacionales; lo que acarrea unas secuelas en todos los niveles de su quehacer cotidiano (OMS, 2017).

Se puede definir el trastorno mental como:

Una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje, el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. (CEAFPEM, 2008, p.24).

En esta definición se introducen los efectos negativos que una persona con trastorno mental padece a nivel interno y comunitario. Teniendo en cuenta datos de la Confederación de Salud Mental de España (2019), uno de cada cuatro personas en el mundo padecerá en algún momento de su vida problemas de salud mental. Es durante la adolescencia y los primeros años de la adultez cuando empiezan a aparecer los signos y síntomas característicos de los trastornos mentales, pudiéndose prolongar hasta el fallecimiento de la persona (III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja, 2015).

El trastorno mental se puede agravar si la situación acaba derivando en un trastorno mental grave (TMG). Este consiste en una serie de problemas psiquiátricos determinados, los cuales han sido diagnosticados clínicamente por un profesional, con una duración de un mínimo de dos años y generando una discapacidad funcional por la que necesitará la ayuda de una tercera persona para poder realizar, óptimamente, las actividades básicas de la vida diaria. Los TMG

más frecuentes son los “trastornos psicoafectivos” (“trastorno depresivo y bipolar”) y los “trastornos psicóticos” (“esquizofrenia”).

Las diferentes tipologías acerca de los trastornos mentales se encuentran en los dos manuales sanitarios más destacados; en *Clasificación Internacional de las Enfermedades*, publicado por la OMS, y en *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, redactado y publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría.

En España, según la estrategia española de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, entre el 2,5% y el 3% de la población adulta padecía un trastorno mental grave. Extrapolando los porcentajes en cifras totales supone que había más de un millón de la población española con trastornos mentales entre los años 2009 y 2013 (CSME, 2019).

Debido a que los años del padecimiento del TMG se prolongan en el tiempo, su calado tanto físico, psíquico como social, es muy notorio en las personas con déficits en salud mental. Encamina a poseer pérdidas en determinadas áreas fundamentales para un correcto y autónomo funcionamiento social, situaciones que generan problemas a nivel cognitivo, con los cuidados hacia uno mismo, respecto a la dependencia hacia un/a auxiliar de ayuda, y con el manejo para planificar un ocio y tiempo libre beneficioso (Asociación Riojana de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, s.f).

En la Comunidad Autónoma de La Rioja, según la noticia publicada en el periódico *La Rioja*, en 2017 hubo un total de 6.903 consultas de atención primaria en los centros de salud relacionadas con problemas de salud mental. En su mayoría (6.105 intervenciones) pertenecientes a personas adultas con una sintomatología avanzada (Casado, 2018).

1.3 Papel del Trabajo Social en salud mental.

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2019), define el Trabajo Social como:

Una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la

responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. (FITS, 2019)

Como bien se puede deducir, los y las trabajadoras sociales tienen como uno de sus objetivos el proporcionar la mejor calidad de vida y bienestar a todas las personas que conforman la sociedad, evitando la exclusión y rechazo de determinados colectivos sociales. Es por ello por lo que la labor de estos profesionales es esencial con las personas que padecen algún problema de salud mental.

El inicio de la incorporación del Trabajo Social en los hospitales psiquiátricos comenzó a principios del siglo XX en Estados Unidos, con la finalidad de intervenir en el área social de aquellos pacientes ingresados (Garcés Trullenque, 2010). A raíz de este acontecimiento se incorpora esta profesión a la plantilla profesional sanitaria formada tradicionalmente por profesionales de la Psiquiatría, la Enfermería y la Psicología.

Con la aprobación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización; su artículo 8 versa acerca de la especialización y la coordinación comunitaria en el servicio de salud mental. Asimismo, garantiza la disciplina del Trabajo Social en todos los niveles de salud, y no solo en el especializado en salud mental. Es algo fundamental para la correcta atención y rehabilitación sociosanitaria de aquellos que acuden a los servicios sanitarios. Con esta norma se sientan las bases para que los profesionales del Trabajo Social sean parte esencial para una correcta intervención con los usuarios.

Actualmente, los roles que tiene el trabajador social dentro del ámbito de la salud mental son vitales para una correcta rehabilitación social y desinstitucionalización de aquellos usuarios que requieren estos servicios sociosanitarios.

Para una oportuna atención de estos pacientes se ha dividido generalmente dicho área teniendo en cuenta la edad de los usuarios, el tipo de ingreso y la duración de la hospitalización en la unidad de psiquiatría. Es común a todas las áreas que el trabajador social se encuentre inmerso en un equipo interdisciplinar.

Principalmente, en todas esas unidades en las que se divide el servicio de salud mental, el papel del trabajador social se dirige hacia cuatro líneas estratégicas de intervención (Pérez Larumbe, 2017):

- Formando parte del equipo multidisciplinar técnico, donde la cooperación y la colaboración intergrupal es esencial respecto a los objetivos comunes con el tratamiento de los usuarios.
- Gestionando y organizando los recursos propios del centro de salud mental para un correcto funcionamiento de la institución, tanto hacia sus pacientes como al núcleo familiar de estos.
- Realizando las funciones propias del Trabajo Social para una óptima atención y/o estancia del usuario en el hospital. Tales cargos son la realización de la acogida inicial, de entrevistas cuando sea requerido, el acompañamiento en todo momento preciso, o la tramitación de servicios y prestaciones que aporten más autonomía y bienestar a los pacientes.
- Intervención directa con los propios usuarios (a nivel individual y grupal) y a sus familiares y entorno más próximo.

Es esencial que el trabajador social logre, a través de su relación laboral, la confianza de los usuarios llegándose a convertir en el profesional de referencia para estos. De esta manera, se produce un contacto favorable para que el paciente encuentre en el trabajador social una figura profesional de apoyo social y emocional. Sobre todo, en aquellos periodos vitales donde el usuario manifieste un bajo estado de ánimo, o en situaciones de crisis en los que las personas con dolencias mentales requieran de un respaldo profesional efectivo (pérdida de un ser querido, conductas suicidas...). A su vez, todos esos momentos puntuales están impregnados del estigma social negativo que constantemente sufren las personas con trastornos mentales. El apoyo socioemocional por parte de los dichos profesionales de referencia, junto con el movimiento asociacionista, son acciones básicas que propician el aumento de las probabilidades de la rehabilitación sociosanitaria de los usuarios (Brea Iglesias y Gil Rodríguez, 2016).

Con la conveniente formación y experiencia, los/as trabajadores/as sociales, ante estas difíciles circunstancias son los que van a saber intervenir ante las necesidades que este colectivo requiere (Ureña Hidalgo, 2010).

2. DIFERENTES ASPECTOS DE LA CONDUCTA SUICIDA

Actualmente la sociedad tiene un ideal colectivo de que las conductas suicidas son una problemática particular del propio individuo que tiene ideaciones suicidas, o ha cometido o comete actos suicidas. Pero, según “la OMS el suicidio es un grave problema de salud pública mundial” (Olmo López y García Fernández, 2015, p.36), cuyas causas de su ejecución son multicausales habiendo a su vez factores de prevención y de protección. Por lo que el suicidio no es un hecho particular de la persona, sino de índole colectiva, donde el entorno tiene un papel relevante.

Según Fonseca Pedrero y Díez Gómez de Casal (2018) “la conducta suicida es un fenómeno complejo, multidimensional y multicausal, que está rodeado de estigma y tabú” (p. 36).

2.1 La definición del suicidio a través de varios autores

Etimológicamente, el concepto “suicidio” proviene del latín *suicidium*, compuesto por *sui-* ‘de sí mismo’ y *-cidium*, proveniente del verbo *caedere* cuya traducción en castellano es matar (RAE, s.f).

La Suicidología es la ciencia que estudia los acontecimientos, factores y consecuencias relacionados con las conductas suicidas, pero no ha desarrollado una definición concreta del concepto de suicidio, por lo que se tiene que ir a otras fuentes bibliográficas para poder definirlo.

Tomando la RAE (Real Academia Española de la Lengua) como primera referencia, la definición que establece es la siguiente: “Acción y efecto de suicidarse. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”.

La definición que aporta la OMS (1986) en el texto *Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide*, define el suicidio como “una actuación con un resultado letal, que es iniciado y realizado por la persona, que sabe y espera el resultado letal de su acto y a través del cual pretende tener los cambios que desea” (OMS, 1986 citado en Mosquera, 2016, p. 10).

Un autor que estudió esta problemática ya en el siglo XIX, desde un enfoque sociológico, fue Émile Durkheim. En su libro *El Suicidio* (1897) explica que el suicidio es “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado” (Durkheim, 2018, p. 12).

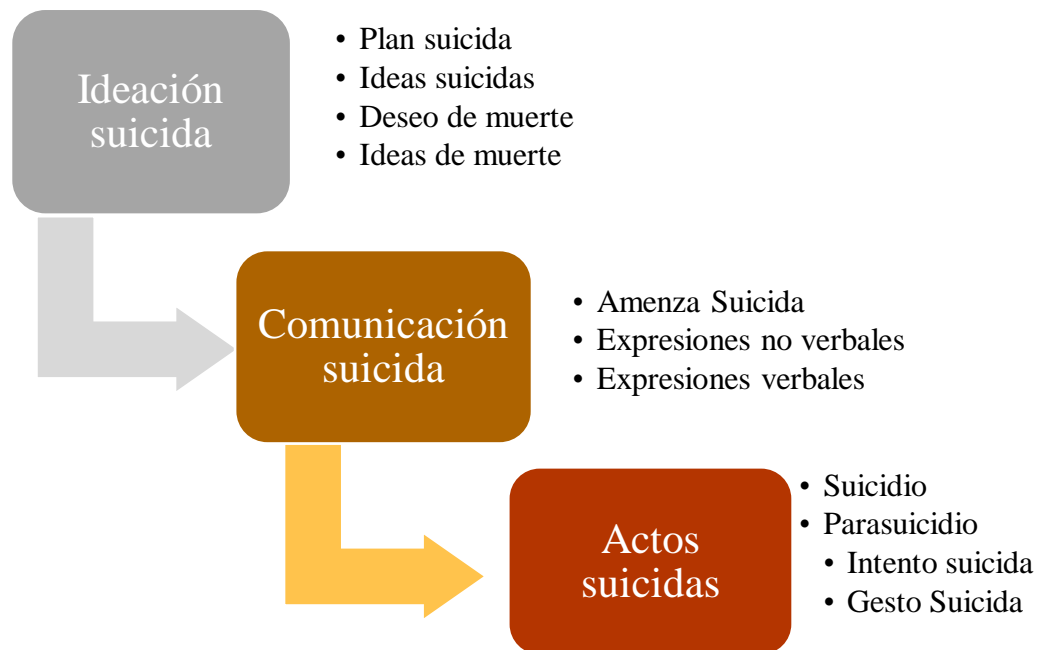
Desde una perspectiva más actual, según el I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja (2018), los diferentes profesionales expertos en diferentes áreas relacionadas, directa e indirectamente con esta problemática, indican que el suicidio es “la muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte” (p.12).

2.2 Componentes de la conducta suicida

El suicidio consumado es el último peldaño de la conducta suicida, contando con el riesgo más elevado en la escala de la conducta suicida. Esto significa que por debajo de este fenómeno hay otros escalones, con un menor riesgo autolítico, pero igual de importantes a la hora de su detección y prevención.

Como sucede con el término y definición de suicidio, los elementos que componen la conducta suicida no están del todo afianzadas por la Suicidología. Por ello, se ha tenido en cuenta el I Plan de Suicidio de La Rioja para explicar esta disposición.

Figura 1. Conductas Suicidas



Fuente: elaboración propia en base al I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja, 2019

En la Figura 1 se puede apreciar cómo las conductas suicidas se dividen en tres grandes grupos. El conjunto por el que se inician estas conductas suicidas es el de la ideación suicida, el cual posee un potencial de riesgo menor en comparación con el resto de los subgrupos. Este se compone de ideas de muerte, deseo de muerte, ideas suicidas y plan suicida. Es decir, pensamientos recurrentes sobre temas autolíticos.

El subgrupo de la comunicación suicida es más peligroso que la ideación suicida, ya que es el acto por el que se verbalizan esas ideas planificadas dañinas para la persona emisora. Las expresiones verbales y no verbales, y la amenaza suicida son los elementos que componen esta agrupación.

En la cúspide, con el mayor riesgo detectado, se encuentran los actos suicidas. Es lo más dañino para la persona que padece estas conductas autolíticas, puesto que lleva a realizar los dos anteriores subgrupos. Es el desempeño y el fin de todo el procedimiento anterior. Esta etapa comienza con el gesto e intento suicida, y finaliza o puede finalizar con la consumación del suicidio.

A partir de ello se podría explicar que existe una consecución de pasos en todo lo que conlleva la acción suicida. Todo comienza con la idea suicida, que es un constructo cognitivo autolítico; después la recogida de información y la expresión de esta a su red social de mayor confianza; finalizando con una decisión crucial para la persona, que es cometer ese acto autodañino intencionado (Rojas Montes, 2010).

Con todo ello se podría decir que esta problemática no solo tiene la expresión final del suicidio consumado, sino que existen varias etapas intermedias (Fonseca Pedrero y Díez Gómez del Casal, 2018).

3. CONTEXTO DE LA CONDUCTA SUICIDA

3.1 El trastorno mental como factor de riesgo en la conducta suicida.

Existen una serie de factores de riesgo que hacen que las conductas autolíticas aumenten considerablemente. Entre estas, la que más se ha constatado con el incremento de esa probabilidad, es el padecer un trastorno mental; sobre todo aquellos denominados trastornos mentales graves.

Se comenzó a tener en cuenta el padecimiento de un trastorno mental como factor potenciador del riesgo ante conductas suicidas a mediados del siglo XIX en la psiquiatría francesa (Navío Acosta y Villoria Borrego, 2014). A raíz de ello, los estudios acerca de los trastornos mentales en las conductas suicidas se han ido teniendo cada vez más en cuenta. “Así pues, más del 90% de todos los suicidios se relacionarían con trastornos emocionales u otras enfermedades psiquiátricas” (Barrionuevo, 2009, p.4). Con la publicación en 1995 del DSM-IV, se constató que algunos trastornos mentales estaban asociados con las conductas suicidas manifestándose a través de los síntomas relacionados con dichos trastornos. Entre ellos, algunos más significantes son la esquizofrenia, el “trastorno depresivo mayor”, el “trastorno bipolar” y el “trastorno dismórfico corporal”. Esta conexión sienta las bases para demostrar la existencia de una comorbilidad entre los trastornos mentales y las conductas suicidas.

Dentro de las afecciones mentales anteriormente dictadas, es el “trastorno depresivo mayor” el que más probabilidad posee de cometer actos o ideaciones suicidas. Cerca del 80% de las personas con depresión mayor han tenido o tienen conductas de daño autoinfligido, siendo después de los dos años siguientes a la crisis depresiva cuando el riesgo suicida se eleva (Navío Acosta y Villoria Borrego, 2014). La explicación vendría dada de los sentimientos y emociones negativas que experimentan las personas con depresión. Sentimientos como la desesperanza y la infelicidad, es lo que acrecienta las conductas autolíticas (Jiménez, Sáiz y Bobes, 2006).

En relación con la esquizofrenia, comparando la población con esta dolencia respecto al resto de la población sin este diagnóstico, el suicidio es la principal causa de muerte entre los jóvenes que padecen este trastorno mental. Las tasas de intentos suicidas son de 18%-55%, y estas disminuyen a lo que se refiere a suicidios consumados (10%-15%). La proporción de suicidios consumados varía en lo que se refiere al sexo, ya que la relación hombre/mujer es de 2:1 (Navío Acosta y Villoria Borrego, 2014).

Todos los problemas relacionados con la salud mental se empeoran si se introduce el factor de intentos de suicidio anteriores, pues se considera factor de riesgo. Si varias veces una persona ha cometido intentos suicidas, el resultado más común es que su fallecimiento esté relacionado con un suicidio consumado.

Asimismo, el haber estado internado en un centro de salud mental se considera un factor potenciador del riesgo suicida. La institucionalización en ciertos establecimientos, principalmente en hospitales de salud mental o prisiones, hacen que las ideaciones suicidas aumenten (Navío Acosta y Villoria Borrego, 2014).

Todos estos factores de riesgo, acompañados por emociones pesimistas como la desesperanza y la insatisfacción, (sentimientos muy comunes durante largos periodos en personas con problemas de salud mental) hacen que se genere una situación insostenible donde el único remedio para acabar con ese sufrimiento, que se convierte en crónico, sean las conductas autolíticas.

3.2 Tipos de suicidios consumados

Comúnmente, para analizar las diferentes tipologías acerca de los suicidios consumados, se ha utilizado la obra de Durkheim *El Suicidio*.

Durkheim expone 4 arquetipos:

- Suicidio egoísta: se produce en ciertos colectivos sociales que no tienen un apego emocional con la sociedad en general. Se sienten aislados y no pertenecientes al grupo mayoritario. Lo que les conlleva a acabar suicidándose son los sentimientos autodañinos y negativos como la depresión.
- Suicidio altruista: es la causa contraria al suicidio egoísta. Se produce en sujetos que están tan inmersos en ciertos colectivos sociales que realizando conductas autolesivas tienen la convicción de que la sociedad será mucho más armónica.
- Suicidio anómico: lo ejecutan individuos que no tienen aspiraciones vitales motivacionales. Carecen de la capacidad de elección entre diversas alternativas, por lo que los problemas vitales comunes no saben afrontarlos. Ello les genera un estado emocional de frustración y ansiedad constante.
- Suicidio fatalista: situación opuesta al suicidio anómico. Se produce en sociedades muy restrictivas donde no hay alternativas de elección. Se caracterizan por ser sociedades opresoras para los ciudadanos. Un ejemplo es el que se da en los reclusos de prisiones restrictivas, donde prefieren morir a vivir en ese ambiente déspota.

La regulación emocional y el sentimiento de integración social son los elementos clave para su clasificación. En los cuatro tipos del suicidio consumado, las emociones y la integración social interactúan entre sí y con la sociedad en su conjunto.

Se puede decir que las personas que padecen trastorno mental pueden pertenecer al grupo de suicidios egoístas, ya que esos sentimientos de desesperanza son comunes a este colectivo. Debido al estigma social adverso, las personas con problemas de salud mental no poseen sentimiento alguno de cohesión social, teniendo consecuencias perversas para ellos mismos. También se puede ver relacionado con los suicidios anómicos. Las personas con trastornos depresivos carecen de motivación a la hora de tener que hacer algún tipo de elección, lo que

les genera ansiedad. Y, como se ha mencionado anteriormente, mezclado todo con estados emocionales negativos, lo cual agrava la situación.

3.3 Algunos datos sobre el suicidio

A nivel mundial se estima que cada 40 segundos una persona comete un suicidio consumado, y que las tentativas de este se producen cada 2 segundos, lo que se calcula con un total de 800.000 muertes autolíticas y unos 16 millones de intentos suicidas en el mundo cada año (I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja, 2018).

Existen dos fuentes oficiales que recogen estadísticas oficiales sobre las muertes por suicidios. Estas son el Instituto Nacional de Estadística (INE), y el Instituto de Medicina Legal y Forense (Giner y Guija, 2014). Debido a que únicamente los datos encontrados han sido los del INE, solo se han podido analizar estos.

Al mismo tiempo, en los anuarios del Consejo General del Poder Judicial también se tratan los datos de las muertes por esta causa. Pero, este órgano utiliza los datos procedentes del INE. Por lo que estudiando las cifras aportadas por un organismo se revelan también las que el otro instituto maneja.

Por otro lado, también se han tomado como referencia tasas aportadas por Fundación de Salud Mental España, a través del Observatorio del Suicidio en España en 2016.

Si se analizan las defunciones según la causa de muerte se constata que en España, en 2017, hubo un total de 3.679 personas fallecidas por suicidios consumados. De estos, la división entre sexos es de 2.718 hombres y 961 mujeres. También hubo 48 sujetos con nacionalidad extranjera que fenecieron por este motivo dentro de nuestro territorio en ese mismo año.

Tabla 1. Número de suicidios en España por grupos de edad en 2017

	Ambos sexos
Menores de 15 años	13
De 15 a 29 años	273
De 30 a 39 años	452
De 40 a 44 años	344
De 45 a 49 años	367
De 50 a 54 años	421
De 55 a 59 años	362
De 60 a 64 años	251
De 65 a 69 años	230
De 70 a 74 años	245
De 75 a 79 años	204
De 80 a 84 años	259
De 85 a 89 años	180
De 90 a 94 años	64
De 95 años y más	14

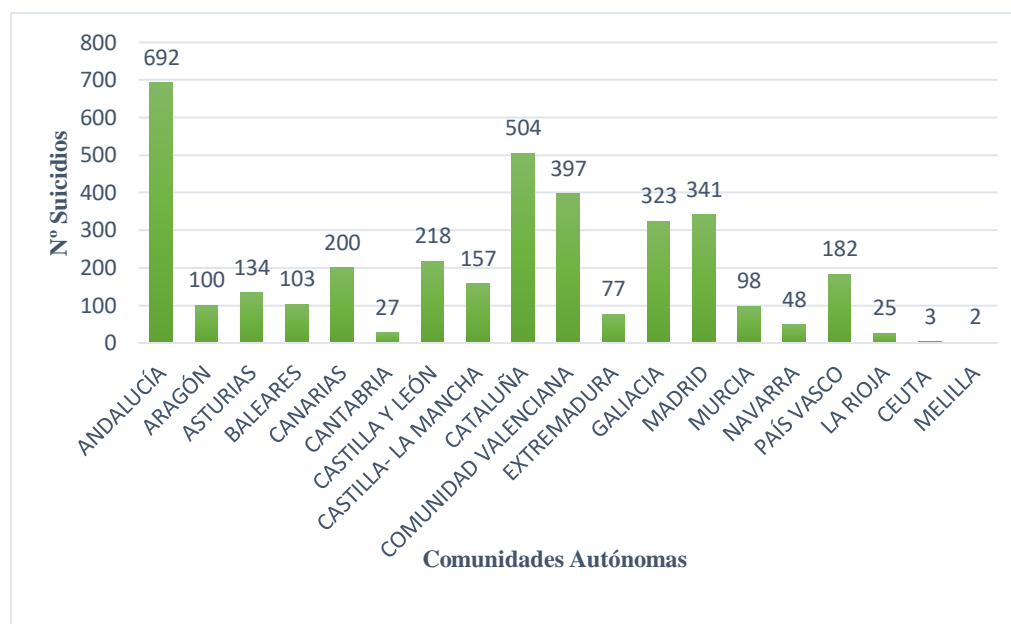
Fuente: INE, 2018

Donde hay más número, como se aprecia en la Tabla 1, es entre los 30 y 39 años, habiendo 452 personas. A pesar de ser donde se recogen más casos, en todos los conjuntos de edad hay un número de suicidios consumados considerable. Los menores de 15 años con 13 personas, y los más mayores de 95 años en adelante con 14 sujetos, son los que menos números de muertes autolíticas registran.

En el Gráfico 1 se aprecia cómo hay una distribución desigual de muertes por causa de suicidios consumados en las comunidades autónomas españolas. Aquella en la que más se produjeron fue en Andalucía, con un total de 692 fallecidos por motivos autolíticos. Caso contrario sucede con las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, las cuales poseen el menor número con 3 y 2 defunciones respectivamente.

En lo referente a La Rioja, su tasa de suicidios no es muy elevado con respecto el resto de las Comunidades. En 2017 hubo 25 personas que fallecieron a causa de un suicidio consumado. Ese mismo año había censadas 315.381 personas en La Rioja, no es una cifra elevada respecto del total de la población.

Gráfico 1. Número de defunciones por suicidios por Comunidades Autónomas en 2017

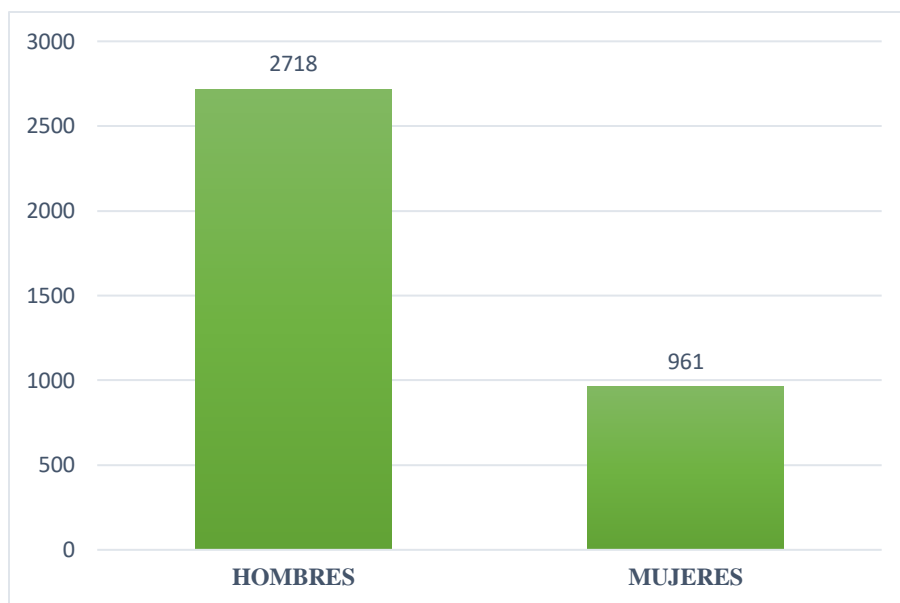


Fuente: elaboración propia en base a INE, 2018

Cabe destacar que hay que tener en cuenta el volumen de población de cada territorio. Es normal que Andalucía sea la que más suicidios consumados padezca, ya que ese mismo año fue la Comunidad con más volumen de ciudadanos en España (8.379.820 personas) según el Padrón municipal realizado por el INE. Lo mismo sucede con Ceuta y Melilla siendo los dos territorios con menos población censada.

En cuanto a la variable de sexo se aprecia diferencias en España. En el Gráfico 2 se muestra una clara diferenciación entre hombre y mujeres, siendo los varones los que más fallecen por este motivo en relación a las mujeres. La diferencia en toda España, en concreto, es de 1.757 hombres más que mujeres.

Gráfico 2. Diferencias en el número de suicidios consumados en España en 2017.



Fuente: elaboración propia en base a INE, 2018.

Centrando la mirada en la comunidad riojana, se puede observar cómo en el Gráfico 3 existe también, como sucede a nivel nacional, una diferencia entre sexos.

Siguiendo el modelo nacional, los hombres tienen más casos de suicidios consumados (20 hombres) en comparación con las mujeres (5 casos).

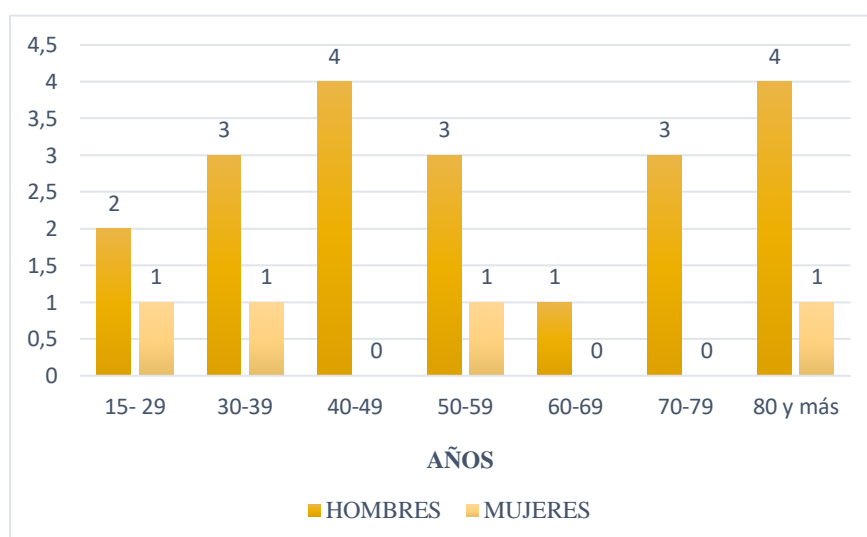
Gráfico 3. Diferencias en el número de suicidios consumado en La Rioja en 2017



Fuente: elaboración propia en base a INE, 2018.

En lo referente a la edad en La Rioja, se puede apreciar en el Gráfico 4 cómo se distribuye.

Gráfico 4. Proporción de suicidios consumados en diferentes edades en La Rioja en 2017.



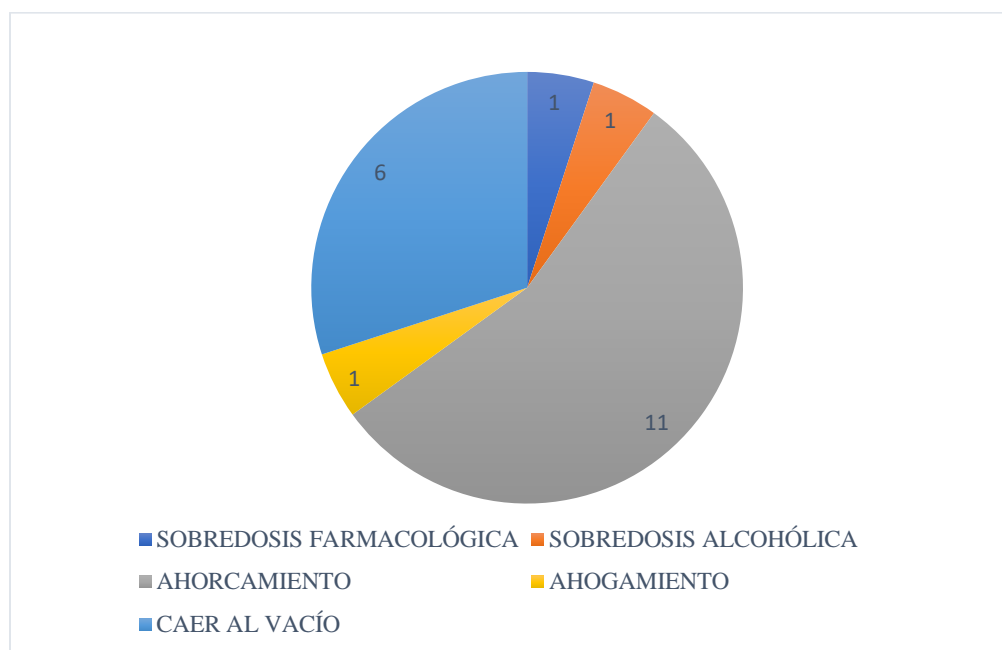
Fuente: elaboración propia en base a INE, 2018.

Las diferencias entre sexos son notables. En el caso de los hombres riojanos, los grupos de edad que más se destacan son de 40 a 49 años, y de 80 a más edad. Ambos conjuntos de edad con 4 personas que han fallecido por causas autolíticas. Entre las mujeres, los casos en cuanto a la edad están muy distribuidos. Por lo que respecta a las mujeres, la distribución es igual

entre los grupos de los 15 y 29 años, los 30 y 39 años, los 50 y 59 años, y de 80 años en adelante. En todos ellos hay una mujer de La Rioja que fallece por suicidio consumado.

La manera para consumir el suicidio es diversa, como se puede apreciar en el Gráfico 5.

Gráfico 5. Consumación del suicidio en los hombres de La Rioja en 2017



Fuente: elaboración propia en base a INE, 2018

Existe un método entre los hombres de La Rioja que predomina sobre el resto: el ahorcamiento autoinfligido, el cual lo han llevado a cabo 11 hombres sobre un total de 20, más de la mitad de los varones. El segundo método es el salto desde un edificio alto (6 hombres).

El Gráfico 6 muestra cómo las mujeres riojanas han llevado a cabo el suicidio.

Gráfico 6. Consumación del suicidio en las mujeres de La Rioja en 2017



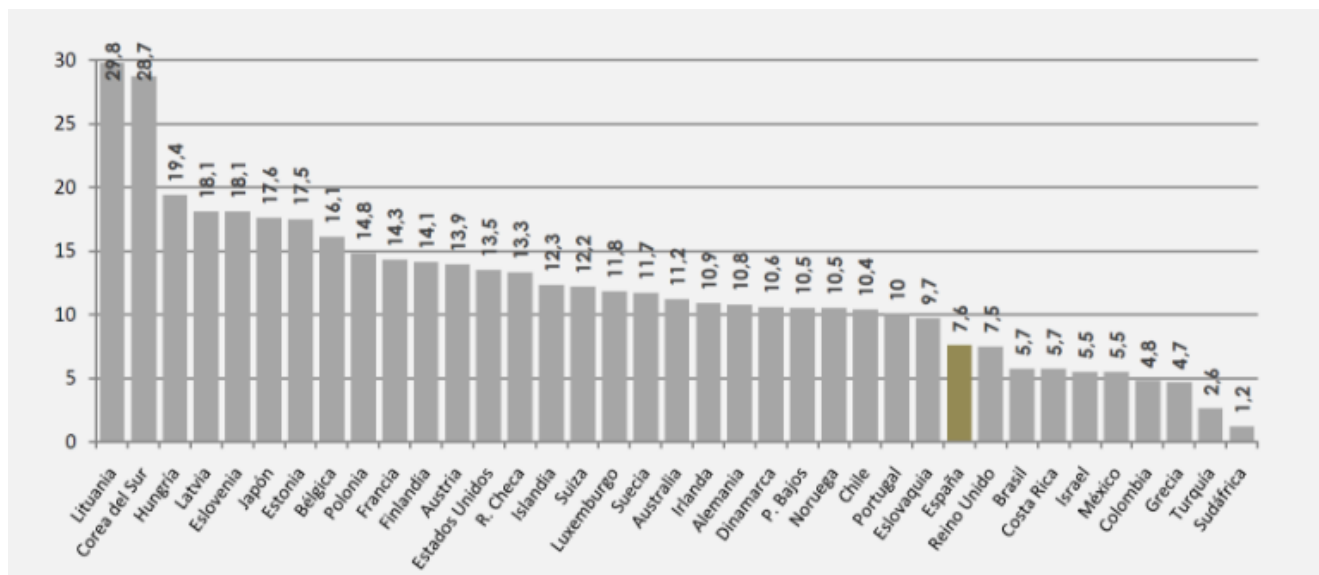
Fuente: elaboración propia en base a INE, 2018

Los medios han sido el salto al vacío desde un edificio de grandes dimensiones (2 mujeres) y el ahorcamiento con objetos (2 mujeres). La diversidad de los medios que utilizan las mujeres es más reducida que la utilizada por los hombres. La explicación de esto podría ser que al haber más número de hombres que de mujeres que fallecen por esta tipología, las técnicas entre los varones para su ejecución pueden ser más amplias.

A partir de los datos del INE se podría hacer un prototipo de la persona que muere en La Rioja por suicidio consumado. Es una persona de sexo masculino, de entre los 40 y 49 años, o más de 80 años; que se quita la vida por ahorcamiento o estrangulamiento intencionado.

Centrando la atención en los datos aportados por el Observatorio del Suicidio en España, en 2016 hubo una tasa de suicidios consumados de un 7,6. En el Gráfico 7 se analiza la tasa española respecto del resto de tasas mundiales.

Gráfico 7. Tasa de suicidios consumados en el mundo en 2016.



Fuente: Fundación de Salud Mental España, 2016.

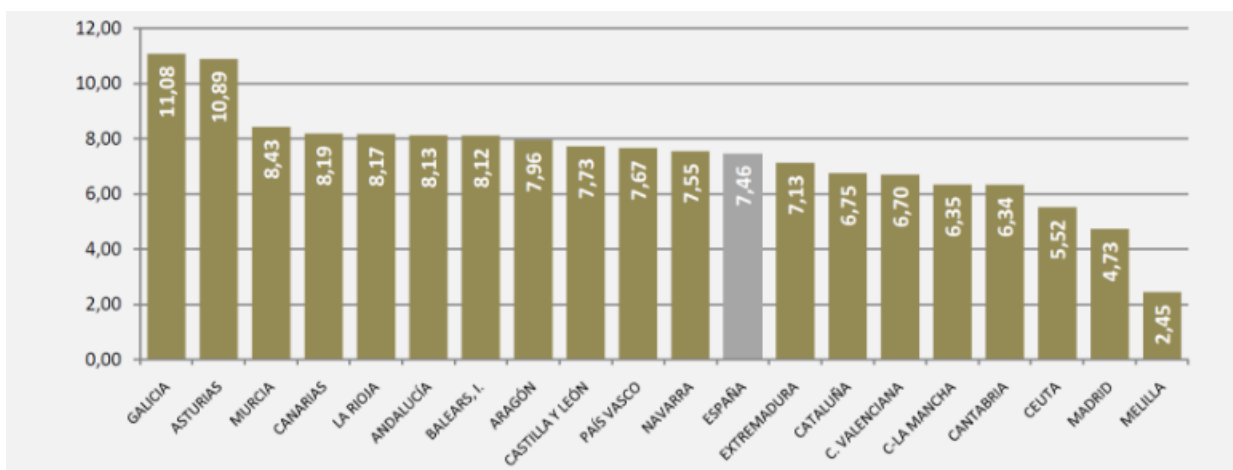
España, en comparación con el resto de los países mundiales, no es uno de los países con una tasa de suicidios elevada. Se encuentra en el décimo puesto, comenzando por el final. Se posiciona entre Reino Unido, con una diferencia de solo una décima, y Eslovaquia con una tasa de 9,7. Entre los países de la Unión Europea es de los que menor tasa de defunciones por suicidio poseen, junto con Grecia y Reino Unido.

Los países con mayores tasas de suicidios son los países que antiguamente pertenecían a la Unión Soviética (Lituania, Hungría, Letonia y Eslovenia); y también algunos países asiáticos como Corea del Sur y Japón.

La metodología para que se registren y certifiquen que las muertes han sido verdaderamente por motivos autolíticos son diferentes en cada país analizado. Al mismo tiempo, hay países que no recogen esa estadística y que pueden hacer cambiar el curso de las posiciones entre las naciones que sí aparecen. (Fundación de Salud Mental España, 2016).

En relación a España y las comunidades autónomas que las componen (Gráfico 8), se observa una distribución de la tasa nacional de suicidios consumados por cada 1.000 habitantes de 7,46 %.

Gráfico 8. Tasa de suicidios consumados en España en 2016.



Fuente: Fundación de Salud Mental España, 2016.

Galicia y Asturias eran las Comunidades Autónomas cuyas tasas de suicidios consumados eran las más elevadas de las comunidades españolas, con un 11,08% y 10,89% respectivamente; y las que menos Madrid, Ceuta y Melilla.

La Rioja se encontraba por encima de este nivel nacional (un 8,17%) estando en el quinto puesto del orden comunitario. Según el INE, hubo un total de 28 personas cuya defunción se debió al suicidio. Cada 13 días se cometió un suicidio en La Rioja, lo que supuso una media mensual de 2 casos de fallecimiento por suicidio. De todas ellas, 2 de cada 3 suicidios los realizaron los hombres (un 67,9%) dejando un porcentaje a las mujeres de un 32,1%.

Según la OMS (2004), se estima que en 2020 las víctimas mundiales por suicidio podrían llegar a alcanzar el millón y medio de personas.

4. PROGRAMAS Y PLANES DE INTERVENCIÓN EN LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO

4.1 La prevención a nivel mundial

Existe un falso mito social con que los suicidios no son previsibles, ya que las personas con ideaciones suicidas no lo expresan, teniendo en cuenta la *Guía para la detección y prevención de la conducta suicida* (2014), realizada por la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid. Por ello, es imprescindible concienciar a la sociedad de que son conductas evitables. Para ello, la planificación y difusión de programas y planes de intervención específicos en las conductas suicidas son esenciales a la hora de lograr esas previsiones. Mayormente estos programas están dirigidos, o bien a profesionales que desarrollan su práctica laboral en entornos donde el suicidio puede estar presente, o bien a familiares de aquellos que han fallecido por esta causa. Pero, esta orientación puede generar desinformación hacia aquellos menos allegados o a la población en general. Si solo se focaliza la atención a estos dos grupos de población, se está dando por olvidado al resto de la población que no se encuentra en los anteriores grupos mencionados.

El documento pionero en la lucha contra el suicidio fue el elaborado por la OMS en el 2000. El “SUPRE” (Suicide Prevention o Prevención del Suicidio). Este programa supuso la primera iniciativa a nivel mundial que pretendía sacar a la luz lo que anteriormente había sido un tabú en todas las sociedades. El objetivo del documento era concienciar a ciertos grupos poblacionales (sanitarios, maestros, periodistas...) para intervenir adecuadamente en la calificación de si una persona cercana podía estar padeciendo ideaciones suicidas y, por tanto, obtener altas probabilidades de fallecer llevándolas a cabo.

El programa iba dirigido a:

- El personal de salud en atención primaria, ya que comúnmente se trata del inicio ante los pacientes que acuden con dolencias de carácter mental y se les puede ofrecer una persistencia en el tratamiento (OMS, 2000 a).
- Los docentes de los centros educativos y demás personal pertinente a ellos (trabajadores sociales, orientadores) debido a que es en la adolescencia cuando

comienzan a manifestarse los síntomas y signos de los trastornos mentales, y es más probable las fluctuaciones repentinas de estados anímicos (OMS, 2001).

- Los periodistas de los medios de comunicación. Son los encargados de difundir de una manera objetiva e inofensiva las noticias relacionadas con este tipo de defunciones. Son sujetos que influyen socialmente, poseedores de un papel esencial para la prevención de los suicidios (OMS, 2000 b).
- Los encargados y directores de las empresas. Hay un estrés generalizado entre los trabajadores, lo cual hace que la aparición de ciertos trastornos mentales sea más proclive. Con la correspondiente consecución de aumentar la probabilidad de cometer conductas autolíticas (OMS, 2006).

En todos los programas se establecen unas líneas comunes. Se muestran los factores de riesgo poblacionales que hacen que aumenten esas conductas autodestructivas. Pero, lo más crucial de los anteriores documentos, es que se dota de recursos para analizar y prestar atención a ciertas conductas desencadenantes. De este modo, se pretende que los profesionales a los que se ha destinado el programa puedan prevenir que aquellos con los que se relacionan (pacientes sanitarios, estudiantes, consumidores de noticias y empleados) puedan cometer o cometan alguna acción autolesiva.

De un modo más específico en el ámbito de la salud mental y a nivel mundial, la OMS redactó el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Este se encuentra dirigido a los Estados miembro de esta organización, y en donde se tratan temas relacionados con los suicidios y las personas con problemas de salud mental. Se explica que aquellas personas con este tipo de dolencias son un grupo vulnerable a la hora de cometer actos suicidas.

El plan está compuesto por una serie de acciones dirigidas, tanto a las naciones componentes de la OMS, como a este organismo a nivel interno. Las propuestas que plantea sirven como iniciativas para alcanzar los seis principios en los que se basa; siendo estos la “cobertura sanitaria universal, los derechos humanos, la práctica basada en evidencias, un enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital, un enfoque multisectorial, y la emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales” (OMS, 2013, p.10-11). Para la consecución del objetivo propuesto de “aplicar estrategias de promoción y prevención

en materia de salud mental” (OMS, 2013, p.17) se plantearon las acciones 74 y 76 específicas para tratar la prevención del suicidio. Se considera una de sus líneas fundamentales de intervención con los individuos que manifiestan síntomas y signos característicos de los trastornos mentales. Por lo que la prevención del suicidio está marcada como prioritaria. Se pretende “elaborar y poner en práctica estrategias nacionales integrales de prevención del suicidio, prestando especial atención a los colectivos en que se haya detectado un mayor riesgo de suicidio” (OMS, 2013, p.33).

Asimismo, se argumenta que hay ciertos países, sobre todo los subdesarrollados, en los que no se establece una vigilancia adecuada de este tipo de conductas o las subestiman. Con ello se generan diferencias entre los países a la hora de poder registrar las muertes autolíticas, y en su correspondiente actuación y prevención. Pero, como se trata de una organización a nivel mundial, se han marcado unas prácticas para interconectar los países y, proporcionar ayuda mutua gubernamental en la prevención de estas conductas.

Para aquellos países donde la inversión monetaria en esta problemática social es complicada, se proporcionan medidas eficaces y de fácil aplicación que podrían reducir esas tasas estadísticas. La restricción de la venta y uso de armas de fuego, o establecer un control del comercio de medicamentos nocivos, puede que sean preceptos simples pero eficaces para el descenso de esta problemática.

Con estas premisas se cree que en 2020 la tasa de suicidio de los países que sigan estas directrices se reducirá en un 10%.

4.2 Europa y la salud mental

Ante las dificultades apreciables en la sociedad producidas por una mala gestión de la salud mental, tuvo lugar en 2005 la “Conferencia ministerial europea de la OMS sobre salud mental (...) Allí se invitó a la Comisión Europea, socia colaboradora de la Conferencia” (CCE, 2005, p.3) para establecer unas soluciones ante dicha problemática sanitaria. Con ello se originó que la Comisión de las Comunidades Europeas, ese mismo año, redactara el *Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Supone una base para una comunicación entre naciones europeas

marcando unos objetivos y estrategias comunes; cuyo único fin fuese el de encontrar soluciones favorecedoras para aquellos usuarios y familiares del área de salud mental (Ureña Hidalgo, 2010). El suicidio se trata de un fenómeno relacionado con los trastornos mentales, al que los dirigentes gubernativos deben prestar atención.

Por otro lado, la Unión Europea (UE) creó el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios (OEPSS) cuya finalidad es la de examinar cómo es el “perfil sanitario” de los 28 países componentes de la UE. Es decir, analizar el estado de salud de los ciudadanos de estos países europeos tomando como referencia determinados indicadores sanitarios, y cómo es el sistema sanitario que los atiende (European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

La labor realizada por el OEPSS es a través de un equipo multidisciplinar compuesto por varios expertos en diferentes materias, tanto sanitarias como no sanitarias. Entre las no sanitarias se destacarían los agentes gubernamentales de cada Estado miembro de la Unión Europea, diferentes centros de investigación y representantes de la Organización Mundial de la Salud en la UE.

Este organismo europeo (2007), se encargó de redactar el proyecto *Salud mental en Europa: políticas y prácticas. Líneas futuras en salud mental*; donde se recogían las estrategias sociosanitarias para promocionar una óptima salud mental en Europa. El documento, al mismo tiempo, recogía las buenas prácticas y las políticas óptimas para generar una evolución beneficiosa para aquellos sujetos con déficits en su salud mental. Los receptores de este programa fueron los países miembros de la UE, los cuales se comprometían a seguir las políticas europeas marcadas en este documento sociosanitario.

Se trataban temas relacionados con la salud mental y los trastorno asociados a esta. Por lo que, como problemática interconectada, también trataba la dificultad de los suicidios y lo que ello generaba negativamente a nivel social. Debido a las dificultades a nivel económico y social de algunos países europeos, el deterioro de su población a nivel sanitario en el ámbito mental había aumentado; y, con ello, la tasa de defunciones por acciones autolesivas. Era imprescindible que, para amortiguar esas circunstancias perjudiciales para la sociedad

europea, los países generasen políticas adecuadas a la reducción y prevención de los suicidios. Pero, no solo se debía quedar ahí, sino que era necesario que esas políticas se implementasen verdaderamente en la cotidianidad de las sociedades europeas.

Las políticas sanitarias y sociales para prevenir, reducir y/o eliminar las tasas de suicidio eran dos: la primera, la prescripción de fármacos antidepresivos, y la segunda, como plasmaba la OMS, la limitación al acceso de objetos dañinos que pudieran originar actos suicidas.

En el 2008 se firmó por parte de todos los Estados miembro de la UE el *Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar*. En el cual, a raíz de la “conferencia de alto nivel” (UE, 2008, p.2) en Bruselas de la UE titulada “Juntos por la Salud Mental y el Bienestar”, los países europeos se comprometieron a instalar en sus respectivos sistemas sociales de gobierno las recomendaciones y acciones que están plasmadas en dicho pacto. El documento giraba en torno a la importancia que tiene la salud mental en las personas y cómo el padecimiento de dolencias de este tipo afectaba a toda la sociedad en su conjunto.

La redacción y firma de este documento era necesario ya que, teniendo en cuenta las cifras que aporta el Pacto, casi 50 millones de ciudadanos de la UE sufría en ese momento alguna complicación relacionada con la salud mental. Lo que se traducía en que el 11% de esta población tenía en 2008 un trastorno mental (UE, 2008).

En cuanto al suicidio y debido a su estrecha relación con el padecimiento de trastornos mentales, lo colocaron como la primera acción en relación a cinco líneas prioritarias. Se estimaba que cada 9 minutos una persona de la UE cometía un suicidio, y que los intentos de estos eran mucho más elevados. Para su reducción se pretendía dotar de herramientas efectivas a los profesionales sanitarios y sociales; sensibilizar al resto de la población de la problemática que esto supone; y dotar de ayuda emocional hacia las personas que han cometido algún acto suicida, y/o a aquellos “familiares supervivientes” cuyos seres queridos se han suicidado.

Las demás líneas estratégicas en las que se centra el Pacto eran “la salud mental entre los jóvenes y en la educación, en el entorno laboral, entre las personas mayores, y la lucha contra

la estigmatización y el rechazo social” (Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar, 2008).

4.3 Medidas españolas preventivas del suicidio

Teniendo en cuenta lo expuesto por el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación del Gobierno, España es un Estado miembro de la OMS desde 1951 (Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, 2019). Ello conlleva que las directrices planteadas por dicha organización mundial deben ser cumplidas por nuestro país. A su vez, España es, desde el 1 de enero de 1986, un país miembro de la UE. Con lo que las normas y pautas que la institución europea dictamine deben ser respetadas y ejecutadas por el Estado español (Unión Europea, 2019).

Debido a estas líneas normativas marcadas por ambos organismos comunitarios se han establecido varios planes y programas que promueven la salud mental de la población española; y, como consecuencia, la prevención y el tratamiento de las acciones suicidas. Las competencias sanitarias en España están otorgadas, según la Constitución española (1978), a las comunidades autónomas (artículo 148 1. 21ª de CE). Las comunidades autónomas españolas han redactado planes estratégicos sanitarios relacionados con la promoción de la salud mental. Al mismo tiempo, se han ido desarrollando planes autonómicos para prevenir las conductas y acciones suicidas. Concretamente, el primer plan que se creó en España específico para la prevención de estas conductas fue, en el 2005, dirigido al Hospital la Santa Creu i Sant Pau y el Centro de Salud Mental de Dreta Eixample de Barcelona (Martín Plaza, 2013).

A nivel nacional, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, creó la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (2012) de intervención especializada en los profesionales dedicados laboralmente al ámbito sanitario. La guía focaliza su atención en los distintos niveles y especialidades donde se realiza la práctica

médica. Hace referencia a las distintas terapias psicoterapéuticas y farmacológicas favorecedoras para la población con ideaciones autolíticas.

Fue el primer documento oficial sanitario donde aparece la figura del/a trabajador/a social como otro miembro más del equipo multidisciplinar de los centros de salud mental. A este experto se le otorga, entre las labores de su quehacer del Trabajo Social, la tarea de valorar socialmente a aquellos pacientes internos en centros asistenciales con conductas suicidas. También reconoce la labor del trabajador social para estrechar los lazos relacionales entre la persona hospitalizada y sus familiares. Aspecto fundamental para reforzar los factores de protección que reducen la probabilidad de actos suicidas de la población con trastorno mental.

4.4 La prevención del suicidio en La Rioja

En España se han ido implantando en cada comunidad autónoma diversas estrategias sociosanitarias con las que llegar a obtener esas mejoras en el ámbito de la salud mental.

En La Rioja, el plan sanitario más reciente en relación con la salud mental es el *III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016-2020*. Una de sus metas planteadas es la de conseguir una reducción de la tasa de conductas suicidas, tanto consumadas como tentativas suicidas. Para poder lograr dicho objetivo se planea una estrategia psicosocial de apoyo a la persona con conductas suicidas, como a su entorno social más próximo (familia, amigos...). En relación a los seres queridos de las personas con ideaciones autolíticas, se propone la creación de un proyecto especializado para aportar orientación y apoyo psicoemocional cuando sea oportuno y demandado por los familiares. En ocasiones donde ya la persona con ideaciones suicidas ha cometido un suicidio consumado, la intervención se ejecuta durante el duelo para amortiguar el dolor durante la superación de ese fallecimiento repentino.

Por lo que respecta al papel del Trabajo Social en dicha sección de prevención del suicidio, se establece como necesario la dotación de conocimientos, recursos y herramientas con las que poder observar y analizar el riesgo de conductas autodañinas de la población con la que se interviene. Se le otorga el mismo papel que se había decretado en la *Guía de Práctica*

Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) a los trabajadores sociales.

Al mismo tiempo, se recomienda realizar un indicador fiable para contabilizar las tentativas de suicidio, ya que estas todavía no se controlan de manera oficial en ningún registro. La labor de los profesionales del Trabajo Social en dicha tarea sería la de inscribir en una base de datos cuales son las derivaciones que a ellos les hacen llegar de usuarios procedentes de áreas de salud mental y, los cuales, han realizado alguna tentativa de suicidio. Este indicador no solo estaría compuesto por las cifras aportadas por los trabajadores sociales, también otros profesionales (médicos, psicólogos, enfermeros, etc.) llevarían un registro de esta información.

Con la intención de alcanzar el objetivo del *III Plan Estratégico* de disminuir los casos de suicidio e implantar los programas especializados en la materia, se elaboró el *I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja* (2018). Este se compone de una serie de finalidades y recomendaciones con las que se pretende adquirir ese compromiso de hacer decrecer esta problemática sociosanitaria.

El objetivo principal de este Plan es la reducción de las conductas suicidas, tanto tentativas como consumadas. Este objetivo general se subdivide en varios específicos, entre los cuales destacan: una coordinación favorable entre diferentes corporaciones y entes institucionales para abordar la problemática examinada; promoción de la investigación en La Rioja acerca de los factores causantes que propician y agravan las conductas suicidas.

El documento se basa en una serie de recomendaciones y medidas, las cuales se orientan a líneas específicas relacionadas con los actos autolíticos y las consecuencias de estos. La primera línea estratégica es la de detectar y prevenir las conductas suicidas con personas que anteriormente han perdido a un familiar por motivos suicidas. Se trata de algo esencial puesto que, anteriormente, no existía un método sanitario para diagnosticar el riesgo de la conducta suicida de un sujeto. Este código para la identificación del riesgo suicida no es solo beneficioso para las personas que acuden a los centros sanitarios como pacientes, sino

también para los familiares supervivientes cuyos seres queridos han fallecido por acciones autolesivas, debido a que esa característica supone en sí un factor de riesgo que aumenta el riesgo suicida.

Las evaluaciones con periodicidad hacia los pacientes con dificultades en salud mental se convierten en una técnica fundamental para su detección y renovación constante del riesgo de cometer dichos actos autodañinos.

Un procedimiento innovador es el denominado “Plan de Seguridad”, en el que interviene el “profesional” y el paciente. En él se trata “las señales de alerta” de conductas suicidas, a qué ser querido (tanto familiar como profesional sociosanitario) desea el paciente contactar en caso de crisis, y qué tipo de “estrategia para la distracción y soporte” (I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja, 2018, p. 56) emplea el profesional para que el usuario reduzca sus ideaciones autolíticas.

La segunda línea estratégica es la relacionada con la formación a los expertos que trabajan laboralmente con colectivos propensos a cometer determinados actos autolesivos. Los profesionales deben estar entrenados en situaciones delicadas en las que sepan cómo actuar de manera positiva, tanto para el profesional como para la persona que está en crisis. Para ello, la educación en este campo es importante que sea desarrollada en su plenitud. Los profesionales no solo deben ser de la medicina, sino también “no sanitarios, como trabajadores/as sociales, profesores/as, personal de los cuerpos de seguridad, bomberos/as...” Con la formación también se expande la investigación en esta materia, cuyos resultados sirven para emplear medidas eficaces en futuras ocasiones.

La emisión de información, y por tanto, reducir los prejuicios y el estigma acerca del suicidio es la tercera línea estratégica del Plan. Socialmente el suicidio está envuelto en unos falsos mitos los cuales perjudican a quien ha fallecido por esta causa, y también a sus familiares y amigos. Como se ha considerado siempre un tema tabú, nadie hablaba de esta problemática, generando únicamente que el problema se fuera agrandando. Por ello, es necesario la difusión de información verídica que elimine esos prejuicios, estigma y la barrera del tabú. Si la

sociedad está concienciada acerca de ello, es muy probable que las defunciones por este motivo sean menores. Para ello, la redacción de programas que ayuden a informar a la población en general, a los profesionales, a los periodistas y a los familiares supervivientes son medidas que implanta el Plan.

Para finalizar, la cuarta línea estratégica acoge la idea de la necesaria colaboración y coordinación entre las distintas corporaciones e instituciones que puedan verse implicadas en casos de suicidio. Para que ello sea eficaz, se ha optado por la creación de una “Comisión Comunitaria” que garantice dicha meta. En ella se coordinarán las medidas riojanas para prevenir e intervenir en situaciones de conductas suicidas. Estará formada por todos los organismos de La Rioja que sean necesarios para abordar desde una perspectiva integral las problemáticas autolíticas. Esta tendrá al mismo tiempo, la función de supervisar cómo se está implantando y poniendo en práctica el Plan de Prevención de Suicidios.

En cuanto a las funciones que otorga el Plan a los y las trabajadoras sociales serían diversas, dependiendo estas de la institución donde estén realizando su labor profesional. Lo que se encuentra en común a todos estos profesionales del Trabajo Social es la coordinación existente que se ha mencionado en la cuarta línea estratégica. En ella, el trabajo en común con Servicios Sociales es destacable. Como ya se menciona en el artículo 20.4 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, “los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales”. Con la prevención y detección de conductas suicidas se tomaría dicha norma como base para llevarlo a la práctica laboral. Los ámbitos sociales con los que se tomaría ese enlace serían con “centros de menores, personas de la tercera edad, colectivos en exclusión y pobreza social, personas con discapacidad física, y minorías sexuales”; es decir, colectivos que poseen ciertas características que se convierten en un factor de riesgo suicida. No solo se pretende implicar a entidades públicas, sino también a aquellas de carácter privado. Asimismo, las entidades del tercer sector (ONGs) también estarían en conexión con toda esta red sociosanitaria.

RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

Tomando las cinco entrevistas realizadas, se ha observado cómo sobresalen varios temas esenciales en la problemática del suicidio y la salud mental. Tanto los profesionales, como los entrevistados con diagnósticos mentales, han expresado sus saberes, opiniones y/o vivencias sobre los temas desarrollados.

1.1 Particularidades de los datos recabados por las instituciones acerca del suicidio

Teniendo en cuenta los datos anteriormente analizados de los fallecimientos por causas autolíticas, hubo en 2016 en España una media de 7,41% de este tipo de muertes; evolucionando a un total de 3.679 muertes por suicidio en 2017. En lo referente a la comunidad riojana, el porcentaje en 2016 era del 8,17%, siendo su evolución en 2017 a 25 personas que fallecieron como consecuencia de un suicidio. Pero, estas tasas, como han expresado los tres profesionales entrevistados, no muestran la verdadera cantidad de suicidios que se producen. “Hay muchas situaciones de suicidio que no están registradas junto con los suicidios, el suicidio enmascarado, como pueden ser accidentes de tráfico, pero que realmente había sido un suicidio (...) Además de todo ello, a nivel mundial hay muchos países que no registran sus cifras, o que si lo hacen no las publican” (E2). Se amplía la información explicando que estos datos estadísticos tienen que ser vistos como “un límite inferior” (E1). Esto quiere decir que esos suicidios consumados que se plasman son los que verdaderamente se han producido; pero, al mismo tiempo, existen unos datos ocultos que no se saben verídicamente si han sido muertes por motivos suicidas, o no es así. “Hay muchos casos de suicidio que no se catalogan como tal, ni en La Rioja, ni en el resto de las Comunidades. Hay muchísimos suicidios que están registrados dentro de los datos de tráfico, sobre todo en gente joven” (E3). Son datos a los que se debe prestar atención, pero que igualmente estas tasas no son totalmente reales.

A pesar de que estos datos, no son totalmente realistas, estas cifras que se manejan son más elevadas que aquellas en las que se muestra los fallecidos por accidentes de tráfico. “Fallecen al año en España el doble de personas por suicidio que por accidentes de tráfico, y no se

realizan ninguna campaña concienciadora de ello, ¿cómo es posible que haya más campañas de accidentes de tráfico, cuando el volumen del suicidio consumado es mayor, en este caso?” (E1). En la Encuesta de Defunciones según la causa de muerte en 2017 (INE, 2018), se ha comprobado que lo afirmado es verídico. El número de defunciones por accidentes de tráfico, a nivel nacional fue de 1.943 personas, mientras que el de suicidios en ese mismo año, fue de 3.679 individuos.

A nivel mundial, el suicidio “en mujeres de 15 a 19 años es la principal causa de muerte. En adolescentes, tanto hombres como mujeres, de 15 a 29 es la segunda causa mundial de muerte” (E1).

España posee un índice entorno a un 7 u 8 individuos, que se suicidan por cada 1.000 personas. En comparación con el resto de Europa, es de las tasas de actos autolíticos más bajas. Uno de los motivos de la explicación de esta tasa reducida se puede deber “al modo de vida, la cultura, la alimentación, el tiempo meteorológico, los vínculos afectivos familiares (...) Las condiciones meteorológicas son esenciales, y nos afectan psicológicamente, ya que somos animales y seres vivos que con el sol nos activamos. De hecho, las tasas mundiales más elevadas de suicidio se encuentran al norte y este; cuanto más arriba geográficamente, más tasas de suicidio.” (E1). Se podría decir que, a menor luminosidad solar, las tasas de suicidio son más elevadas.

Al mismo tiempo, los anteriores datos reflejan la diferencia entre las tasas autolíticas masculinas y femeninas. Los tres expertos entrevistados, han expresado lo mismo, respecto a esta diferencia entre los dos sexos. Las mujeres realizan más intentos de suicidio, pero son los hombres los que cometen más suicidios consumados. Esto puede ser explicado a que, “los varones tienen técnicas más letales y fuertes que las mujeres” (E1). Magdalena Pérez y Raquel Triana añaden a esta premisa que los hombres, al recurrir a medios más contundentes y letales, la opción de maniobra para reinvertir la acción dañina es casi nula.

La diferenciación también puede ser explicada a que “los hombres tienden a ser más impulsivos debido a la biología” (E3). Esta impulsividad masculina se agravaría por “el rol social que tienen los hombres respecto a las mujeres. Ese papel cultural de que los hombres

tienen que ser más fuertes, y que si lo intentan lo tienen que consumir, y ser más dañino, porque de esa manera no fallan” (E3).

1.2 El trastorno mental como factor de riesgo

El padecimiento de un trastorno mental “eleva el riesgo entre un 80-90%. Un trastorno mental, junto con una tentativa suicida previa, son los dos grandes factores de riesgo. (...) Aproximadamente entre el 85-90% de las personas que se suicidan, tienen trastorno mental” (E1).

“Los trastornos afectivos (depresión y el trastorno bipolar) tienen un porcentaje de conducta suicida alto, la esquizofrenia y el trastorno límite de la personalidad también muy alto” (E2). Todo ello agravándose cuando se introducen sustancias tóxicas desinhibidoras de la conducta, como es el alcohol.

“Las personas con un trastorno mental son mucho más vulnerables. Las personas con problemas de salud mental no tienen la misma capacidad que tienen el resto de las personas sin un diagnóstico a la hora de planificar, de tener más autoconocimiento, más autocontrol emocional.” (E3). Poseen unos grandes déficits en habilidades sociales, mayormente en aquellas para gestionar pensamientos y emociones negativas. Agregando a todo ello los signos y síntomas de este tipo de trastornos. “La sintomatología positiva en muchos de los casos influye. Hay usuarios que te cuentan que, en un momento determinado de la enfermedad, ven como la única salida el suicidio, debido al alto sufrimiento que tienen. (...) Lo que son trastornos del estado de ánimo en fases depresivas, la inestabilidad y la labilidad emocional, hacen tomar decisiones erróneas y muy impulsivas” (E3).

“Mientras que he estado en los Centros, sí que ha habido muchos problemas de este tipo. De hasta intentar atragantarse a propósito con una naranja, reanimar a dos personas por tragarse algo, y quitarle una pila de la boca a alguien porque se la quería tragar. Se puede decir que es un problema dentro de la gente con trastorno mental”. (E4).

Ante estos datos existen visiones críticas, “yo no estoy muy de acuerdo en que detrás del 90% de los suicidios hay un trastorno mental. Creo que detrás de muchísimos suicidios hay un trastorno mental, pero a mí, un 90% me parece mucho. Veo a muchas personas que han

tenido intentos de suicidio, que tienen ideaciones suicidas, y detrás no hay un trastorno mental como tal diagnosticado” (E2). Con esta afirmación se vuelve a plantear la duda de que los datos estadísticos no reflejan la realidad del problema.

Debido al factor de riesgo que eleva las ideaciones suicidas de aquellas personas con problema de salud mental, se establece una cuestión sobre este tema. La duda se encuentra en si esas conductas suicidas están ligadas únicamente a la patología mental, o esas ideaciones autolesivas vienen dadas por las circunstancias personales (generalmente negativas) ligadas a la sintomatología propia de esos problemas de salud mental. “La sintomatología a veces ayuda, si las voces te dicen “autolesiónate”, en ese caso sería muy claro. Pero si tienes una enfermedad, te alimentas peor, tienes peor calidad de vida, no tienes trabajo, tienes menos dinero, fumas, bebes..., al final contribuye a tomar esa decisión. Pero yo no haría una causa-efecto, trastorno mental-suicidio” (E1). “Ellos mismos te manifiestan que hay temporadas de vida en las que su nivel de sufrimiento es altísimo” (E3). “Va todo como junto, porque en algunos trastornos mentales hay síntomas que tienen que ver con la pérdida del sentido de la vida, un estado de ánimo muy bajo, con una distancia en el afecto o un control del impulso complicado.” (E2).

Un factor de riesgo añadido “es el estar hospitalizado en áreas de salud mental o en la cárcel” (E1). Este factor fue el principal motivo por el que uno de los entrevistados con trastorno mental, cometió una tentativa de suicidio. La persona interna en un centro de salud mental, después de que “hablase con la Virgen” se acercó al puente más cercano y se tiró al río con el agravante de que no sabía nadar y, en ese momento, la fuerza del agua era más elevada de lo normal. “En ese momento no piensas nada, solo tienes ganas de acabar” (E5). La persona fue trasladada de urgencia al hospital y cuando se estabilizó “repetía todo el rato que no quería volver allí, no quería volver al psiquiátrico. Quería irme a mi casa y vivir con mi familia” (E5). La persona admite que esta tentativa la tenía planeada con anterioridad, argumentando que fue un “acto de valentía, y que hay que tener muchas ganas de morirse para hacer eso” (E5). También expresa que no ha sido la única tentativa de suicidio que ha cometido. Explica que anteriormente a esa tentativa suicida, había cometido otras, pero recurriendo a distintas maneras para hacerlo.

Del mismo modo, “el suicidio no se considera trastorno mental, podríamos llamarlo dificultad, problema mental, ... pero técnicamente según los manuales internacionales de clasificación, no se considera.” (E1). “Cualquier persona que no tenga un trastorno, puede meterse en una dinámica de ideación o conducta suicida” (E2).

1.3 Una intervención coherente con la persona usuaria

Las intervenciones en este campo deben estar elaboradas acorde con la persona, no se pueden estandarizar. Existe una clara diferencia a la hora de trabajar con personas con ideación suicida, pero sin un trastorno mental diagnosticado, y con personas con un trastorno mental e ideaciones suicidas. “En el primer caso hay que trabajar de manera más incisiva esta problemática, y en el segundo hay que tener en cuenta su trastorno mental y valorar y discriminar de una manera preferente cuales son las intervenciones más urgentes, de aquellas que no lo son tanto” (E1). “No es lo mismo cuando hay un trastorno de base que cuando no lo hay, siempre hay que tener en cuenta el trastorno. Hay que saber qué tipo de trastorno hay y enfocar el suicidio dentro de ese trastorno” (E2).

1.4 La funcionalidad de las escalas de valoración de la conducta suicida.

Para medir cuantitativamente cuál es el grado de conducta suicida que posee una persona, existen diferentes escalas de valoración de esta conducta. Se trata de escalas con distintas variables sociosanitarias, y los factores de riesgo y protección relacionados con este fenómeno (Rangel-Garzón, Suárez-Beltrán y Escobar-Córdoba, 2015). La escala más validada en nuestro país es la escala “Columbia”, siendo “el instrumento más adecuado para la evaluación y la supervisión de la conducta y la ideación suicida” (I Plan de Prevención del Suicidio de La Rioja, 2018, p. 49).

La opinión de los expertos respecto a esta herramienta de medición es favorable. “Creo que siempre hay que hacer una valoración de riesgo. (...) La valoración del riesgo siempre hay que hacerla, ya que no es lo mismo la determinación a tomar cuando el riesgo es bajo, es medio, o es alto” (E2). Las escalas “resultan útiles porque es mejor promover que curar. Si

por ejemplo las personas evaluadas mienten en sus respuestas, es mejor que el resultado sea positivo porque así se investiga esa situación” (E1).

Como nueva medida introducida en La Rioja por el establecimiento del Plan para prevenir conductas autolíticas “en el sistema de salud se ha implantado un sistema en urgencias para que, según entra una persona que ha hecho un intento de suicidio, hacer una valoración de riesgo y meterle en un programa de seguimiento. Hay que valorar el riesgo para ver si a esa persona se le pone una medicación y se le manda a casa; o si esta persona está en riesgo de hacerse daño y hay que ingresarle, o hay que hacer una labor de contención. Aunque lo que más funciona es la entrevista personal clínica, y el poder hablar” (E2).

A nivel interno, en las asociaciones que trabajan con personas con problemas de salud mental se tiene en cuenta la problemática de los suicidios. “Se sigue la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamientos de Conducta Suicida, y por supuesto, sí que tenemos nosotros a nivel interno, un protocolo de poder comunicar dentro del equipo cuando alguno de los profesionales lo detecta, el ponernos en coordinación con familia y coordinación sociosanitaria. (...) Cuando vemos ciertos indicios que pueden dar, o cuando vemos una estructuración, ahí siempre se intensifican mucho más las intervenciones, se hace una coordinación, y siempre se va a intentar que haya un ingreso para que pueda ser atendido y no llegue a consumarlo.” (E3).

A pesar de que en los planes y programas se plasma el deber evaluar a los usuarios, la realidad es diferente. “No me han hecho ninguna escala en ningún Centro en el que he estado, y eso que he pasado por cuatro psiquiátricos” (E4).

1.5 El papel protector de la familia

Aquellas personas, bien con un trastorno mental diagnosticado o no, que no poseen un apoyo familiar adquieren un factor de riesgo añadido. “Si se posee una red social de calidad y cantidad de seres queridos y amigos es un colchón amortiguador para todo” (E1). “Cuando una persona experimenta sentimientos negativos de aislamiento y soledad genera peores estados anímicos. Esto se agrava cuando, una persona con problemas de salud mental no

tiene una red sólida familiar, bien porque no lo tienen, o porque la familia claudica y dice “yo ya no puedo más” (E3).

“La familia es una colchoneta para ellos, ya no solo a nivel del suicidio, de estabilidad, del número de crisis, de ingresos hospitalarios, de integración sociocomunitaria” (E3). “La familia es muy importante. La familia para mí ha sido mi apoyo. No tenerlos cuando he estado en Centros me ha servido para seguir luchando” (E4). “Al final, donde más te conocen es en tu casa, y son las familias las que se ponen en contacto, ya no solo a nivel suicida, cuando ven que su familiar no está bien. Son los primeros en llamar a la asociación y decir que los síntomas están activos” (E3).

“Me acuerdo que cuando llegué a urgencias solo preguntaba por mi madre, si estaba bien y si se había enterado de lo que había pasado” (E5).

Si se añade este factor de riesgo a los demás factores peligrosos, puede llevar a que la inestabilidad emocional de las personas con estas características cometan actos suicidas.

“Tuve un bajón de ánimo en un momento en que mi madre había dicho que yo le había pegado a ella y a mis hermanos, cuando era mentira. Entonces yo esa rabia la tenía guardada, no hacia ella, sino a la mentira que había dicho por encubrir a otra persona, que no era de la familia (mi padrastro). Tuve una crisis nerviosa, y estaba mal y me clavé un alambre en el corazón yo mismo, que me traspasó la pleura. Lo que dijo mi madre me hizo mucho daño y reaccioné así. En ese momento solo se me pasaba por la cabeza morirme por el mal que me habían hecho. No veía ninguna alternativa. Solo quería morirme. Fue un momento de rabia en el que quería acabar de vivir. En el momento no sentí nada de dolor, ni al clavarlo, y hasta que noté que no podía respirar. Me encontró una enfermera del psiquiátrico donde estaba interno. De un hospital me tuvieron que llevar en helicóptero hasta otro, porque me moría de toda la sangre que perdía. Me operaron de urgencia, y ahora mismo no tengo una costilla.” (E4).

Mediante este testimonio se observa la importancia de la familia en las personas con trastorno mental. Cómo, a raíz de una crisis familiar, la persona cometió una tentativa suicida.

“Si cualquiera está viviendo una situación vivida con un impacto, con un dolor intenso, vivido como interminable, como insoportable y que no va a parar nunca, pues puede entrar en línea de “esto para qué, yo no quiero soportar esto” (E2).

La mayoría de los individuos que se suicidan no quieren acabar falleciendo. “La mayor parte de las personas que se suicidan no se quieren morir, la mayor parte de las personas que se suicidan quieren dejar de sufrir” (E3). Esta premisa se reafirma con lo verbalizado por una de las personas entrevistadas que realizaron una tentativa de suicidio, “lo peor de ese momento es que no piensas. Cierras los ojos y vas pensando en ese motivo, y hasta que lo haces no paras. Luego una vez que ya lo has hecho, te arrepientes, porque no sabes si de verdad vas a morir o a vivir.” (E4).

1.6 La influencia de los medios de comunicación

Los medios de comunicación son los encargados de recoger y plasmar las noticias relevantes para que, la población receptora se encuentre informada. El suicidio, al tratarse de un hecho social, es abordado por los profesionales del Periodismo desde el punto de vista estigmatizador hacia la ciudadanía (Olmo López y García Fernández, 2014).

Este estigma propagado por los medios de comunicación no solo ha sido hacia el suicidio, sino también hacia las personas con problemas de salud mental. “En lo que ha sido toda la historia, han hecho mucho daño a este colectivo. Si que es verdad, que ya no se escuchan tanto esos titulares, porque hay muchas guías y cursos de comunicación. Pero si se ha hecho mucho daño porque todos hemos visto titulares de “Esquizofrénico mata a...” y yo nunca he visto “Celiaco mata a...” (E3). “Se utilizan titulares e imágenes que generan estigma y tabú” (E1). “La salud mental nunca ha ido ligada a nada positivo, y siempre han vendido esa parte negativa los medios de comunicación. Y evidentemente, por muchas campañas de sensibilización que se haga, las cadenas televisivas tienen más peso” (E3).

“Respecto al suicidio, creo que eso de que es un efecto llamada, opino que no es así. La comunicación tiene que dar esas noticias sobre el suicidio de una forma correcta, igual que se da de otras problemáticas.” (E3). “La prensa, éticamente, no debe exponer los datos

personales de la gente que se suicida, sino debe hablar de la propia problemática en sí” (E1). Para corregir estos déficits en los medios informativos “se dan cursos a los periodistas porque el lenguaje lo es todo, porque ellos venden la noticia. Si uno utiliza el lenguaje pensando en cómo interpretarlo en la realidad y cómo la gente lo interpreta en la realidad, eso es muy importante” (E1).

“El hablar de suicidio en los medios de comunicación es positivo, siempre y cuando utilicen unos términos e información óptima y adecuada” (E1). “Se tiene que hablar desde una perspectiva positiva preventiva a la gente para que, igual que otros problemas, haya una intervención primaria que se pueda abordar ese tema antes de que se llegue a suicidar. Desde una perspectiva de la concienciación. (...) Desde esa prevención que nos lleva a tener menor incidencia.” (E3).

1.7 El suicidio: un tema tabú para la sociedad

“El suicidio es un tema tabú, es un tema estigmatizado. Es un secreto a voces que el suicidio es un problema de salud pública (E1). “Existe un estigma y un tabú en el tema de los suicidios asociado a la salud mental, va todo unido”. (E2). “Hay personas que sí te discriminan por eso. Saben que vives en un centro de salud mental y no te vuelven a hablar. Yo creo que pasa esto porque tienen miedo. No saben lo que es, piensan que eres malo y violento” (E5). “Nos tratan como a los raros. Somos como monstruos, no nos tratan de igual manera que al resto de la gente. Piensan que somos unos locos, unos violentos, unos enfermos. Yo he vivido esas malas caras, o ver que huyen de ti o hablan mal de ti. Nos tienen miedo.” (E4).

Concretamente, “el tema del suicidio es un tema que durante mucho tiempo ha estado en nuestra cultura estigmatizado por mucha carga religiosa, (...) se les ha llevado al infierno a muchas personas por ello” (E2). Lo que producía “una falta de comprensión hacia el dolor y hacia el sufrimiento humano tremendo, que además generaba mucho más sufrimiento. (...) Las cosas que nos dan miedo y que no nos esforzamos por comprender, lo que hacemos es apartarlas y meterlas en algún sitio para esconderlas” (E2). Se trata de un asunto que “está muy escondido. Yo digo que lo que me pasó fue un accidente haciendo trabajos para no contar a la gente lo que me pasó de verdad” (E4).

Debido a varias directrices de la OMS alentando a la población a tener una mente más aperturista, paulatinamente, se ha evolucionado hacia una aceptación social un poco más amplia que en épocas pasadas. “Actualmente estamos en la época del efecto Papageno. Este se llama así porque en la ópera de Mozart *La Flauta Mágica* hay un protagonista que se llama Papageno, y en un momento de la obra piensa que su vida no tiene sentido y ya no quiere vivir más. Entonces vienen unas cuantas personas a decirle que están a su lado y dándole apoyo moral, y se produce un cambio. Estamos en “si no hablamos de ello no lo podemos prevenir” (E2). Cada vez se está entendiendo más ese sufrimiento que cualquier persona puede tener en un momento determinado de su vida. Por lo que “cada vez es menos tabú, ya que se está haciendo un trabajo para ir comprendiendo y dejar de tener tanto miedo colocándonos en otra manera frente a lo que es parte de lo que nos puede pasar en la vida.” (E2).

Los demás profesionales tienen otro punto de vista. “Entre los profesionales que estamos en ello, sí que hay una mente más aperturista. El resto de la sociedad me gustaría pensar que no, pero creo que sí que sigue siendo un tema tabú” (E3). “Considero que sigue siendo un tema tabú. Se demuestra con el número de campañas que existen de prevención del suicidio. No hay ninguna campaña de este tipo” (E1).

Debido al tabú y estigma que rodea todo lo relacionado con las conductas autolíticas, hay unas creencias falsas socialmente desarrolladas, relacionadas con el suicidio. “Los mitos acerca del suicidio y de la salud mental están muy extendidos en la sociedad, y casi todo el mundo cree en ellos. Hay que derribar todos esos mitos que hay entorno al suicidio de que “son gente débil” o “son egoístas” (E3).

1.8 Los beneficios del I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja

Los tres expertos entrevistados han coincidido con que el Plan tendrá repercusiones positivas en La Rioja. “Hemos pasado de que no hubiera nada estructurado en relación a esto, a hacer un plan que supone la formación de todos los profesionales que intervienen en la práctica y la detección” (E2). “El Plan ya sienta unas bases para poder actuar sobre el problema. Es

mejor que haya algo desarrollado, a que no haya nada en la actuación en materia de suicidios” (E1). “Habrá que analizarlo después de algunos años, y ver las incidencias que había antes de ese Plan y las que hay después” (E3).

Lo destacable del Plan es su carácter comunitario, y cómo están pensadas las medidas desarrolladas para los profesionales de todas las áreas, no solo la sanitaria. “Comunitario quiere decir que es un Plan en el que todos los agentes que pueden estar implicados en la conducta suicida de una persona, forman parte de este.” (E2).

A raíz del Plan, se han originado una serie de proyectos especializados en diferentes ámbitos, relacionados con la prevención y detección de las conductas suicidas:

- **Ámbito escolar:** “la Universidad de La Rioja junto con el Teléfono de la Esperanza han estructurado el programa *Positiva-Mente*. El objetivo es cuidar la salud emocional de los adolescentes, que aprendan a cuidarla y a valorarla. Y que aprendan a detectar, en ellos y en sus compañeros, situaciones difíciles y señales de alarma” (E2). “Se trata de un decálogo centrado en el bienestar emocional establecido para los centros educativos, para mejorar las competencias sociales del alumnado. (...) Tiene que ver con el estigma, la regulación emocional, e identificar señales de alerta” (E1). “Se va a formar a todos los orientadores de todos los centros de Logroño de secundaria y primaria para que sepan detectar y sepan qué hacer en estos casos” (E2).
- **Social:** “se ha hecho un programa de formación en el Ayuntamiento para los trabajadores sociales y educadores. También se ha hecho otro programa de formación para trabajadores sociales de la Comunidad Autónoma de La Rioja” (E2).
- **Asociativo:** “se ha creado una asociación de familiares y amigos de personas que han fallecido por suicidio, que anteriormente no había ninguna. Se llama *Color a la vida*. Están haciendo grupos de apoyo a familiares de personas que se han suicidado” (E2).
- **Informativo:** “se va a crear una página web reclutando todos los recursos en salud mental que hay en la comunidad” (E1).
- **Salud:** el Equipo Técnico Asertivo Comunitario (ETAC) es un equipo sanitario especializado en pacientes con problemas de salud mental. El ETAC acude al domicilio del paciente para realizarle el correspondiente seguimiento sanitario sin que el usuario se tenga que desplazar a un centro de salud. De ahí, su fuerte coordinación

con todos los programas relacionados. “El equipo del ETAC trabaja en un ámbito donde está la propia persona y allí se va a detectar mucho más rápido cualquier señal de conducta suicida, por lo que es fundamental para el Plan” (E3).

La función de estos proyectos es que “el contar con más dispositivos y con más red, hace que haya menos ingresos hospitalarios y menos suicidios” (E3).

Focalizando en las personas con trastorno mental “no se desarrolla nada solamente para personas con un trastorno mental, porque no está especializado el Plan en este colectivo” (E1).

“Hay mucho trabajo por hacer, que se está haciendo, y el Plan llega a esta Comunidad en un momento a nivel social, comunitario y político en el que todo se han coordinado para que vaya hacia delante” (E2).

1.9 La intervención en la conducta suicida desde el Trabajo Social.

Los profesionales del Trabajo Social son esenciales a la hora de la prevención e intervención con personas con conductas suicidas, bien con el análisis de las variables sociales de riesgo influyentes en el usuario, y/o evaluando las condiciones del entorno social y familiar (Sarasola Sánchez-Serrano, Mora Cárdenas y Vallejo Andrada, 2016).

“Los trabajadores sociales son una pieza muy importante, porque se pueden formar en escucha activa. Es una herramienta importante que puede ayudar a una persona o a una familia a poder desahogarse, o a poder ver las cosas de otra manera” (E2). La escucha activa es solo una de las habilidades sociales que los trabajadores sociales deben potenciar para intervenir de una manera adecuada con los usuarios. Además de utilizar correctamente esas competencias sociales, es necesario identificar el nivel de “autoestima, autoconcepto, autonomía, apoyo social...que manifiestan los usuarios, labor propia de los trabajadores sociales” (E1).

“Un buen trabajador social que trabaje en salud mental, tiene que estar atento a lo que el usuario dice con el cuerpo. Cómo camina, cómo se expresa, su rictus facial, todo dice muchas cosas. El cambio del antes al después, (...) si alguien era alegre con un tono afectivo adecuado

y se ve que va bajando, va afectando su rendimiento social, académico, laboral, se empieza a quedar en casa, está irritable, etc. son indicadores de que algo pasa” (E1).

“La figura del trabajador social en salud mental, es fundamental porque este colectivo tiene diversos déficits propios del diagnóstico. Por lo que necesitan apoyos psicosociales, sobre todo a la hora de entrenar las habilidades sociales y la rehabilitación laboral. (...) En todo ese acompañamiento integral la figura del trabajador social me parece fundamental” (E3). “Nos motivan a hacer cosas que nosotros solos no haríamos. A mí me han ayudado a buscar trabajo y a salir del psiquiátrico. Además, ellas no nos tratan como raros, nos apoyan y no nos discriminan por tener un trastorno mental” (E4).

“En cuanto a la concienciación de la población también. Las charlas de sensibilización y de luchar contra el estigma, son una labor que los trabajadores sociales tienen por delante” (E3).

La labor profesional de estos expertos en lo social, en relación con los equipos interdisciplinarios donde trabajan inmersos “es un papel necesario, cuanto más multidisciplinar sea la intervención, mejor soporte y más posibilidades de que esa intervención sea óptima para la persona” (E1). “Tienen una visión comunitaria, la visión social. Las causas del suicidio son multicausales y muchas tienen que ver con el entorno social. Su formación y su forma general de trabajo recoge muy bien eso, más en contacto con lo social. Es una labor complementaria con la labor que hacemos otros profesionales que estamos más centrados en la salud mental. La coordinación y la apertura para recoger toda esa información de todos los agentes sociales participantes en el suicidio es parte fundamental de los trabajadores sociales” (E2).

La finalidad última de todo profesional que intervenga con personas con conductas suicidas, “es cuidar a las personas, cuidar el padecimiento de las personas que están sufriendo, y de sus familias, que es muy difícil; e intentar ofrecer recursos especializados para ello” (E2).

CONCLUSIONES

El suicidio es un sistema complejo compuesto por varios elementos, no se trata de un fenómeno aislado. Hay elementos que hacen que ese sistema se encuentre más sólido, o que se encuentre más débil propiciando las ideaciones o conductas suicidas. Uno de esos factores que elevan esa fragilidad es el padecimiento de un trastorno mental. Las personas con problemas de salud mental, debido a la sintomatología propia de la patología, tienen unos déficits que les generan problemas psicosociales. Además, a esas dificultades hay que añadir el estigma y la discriminación que sufren por parte de la sociedad, haciendo florecer sentimientos depresivos como apatía, baja autoestima... Es por ello por lo que, estas personas poseen un riesgo mucho más elevado de cometer algún acto suicida que los sujetos sin un diagnóstico de trastorno mental.

Los motivos que llevan a una persona a cometer un acto suicida son múltiples. Entre ellos se encuentran los aspectos sociales, como el trabajo, la familia o la vivienda. Es aquí donde el papel de los profesionales del Trabajo Social es clave, para analizar todas esas causas sociales que engloban a la persona. Si estos motivos no son tenidos en cuenta, se está descuidando una gran parte de elementos que influyen en la persona, y realizando una intervención incompleta con el usuario. Además, si la persona afectada padece problemas de salud mental, el quehacer profesional de los trabajadores sociales es más necesario; la persona y su núcleo familiar necesitan un apoyo y acompañamiento social imprescindibles, funciones propias del Trabajo Social. Es por lo que, los y las trabajadores sociales, son unos expertos fundamentales dentro de los equipos interdisciplinares para intervenir con personas con ideaciones suicidas, o que hayan realizado una tentativa suicida.

A pesar de que España, en comparación con los países de la Unión Europea, no posee unas tasas de suicidio elevadas, los datos muestran que estas lo son. Las muertes por suicidio, en el año 2017, duplicaron a los fallecimientos por accidentes de tráfico. Llegándose a convertir en la primera causa de defunción por motivos externos. La Rioja se encontraba, en 2016, en la quinta posición de las tasas autolíticas más elevadas de las comunidades autónomas españolas, encontrándose este porcentaje por encima de la media nacional. Pero, en estos datos publicados no se plasma la total realidad del problema. Algunos suicidios

enmascarados por accidentes de tráfico o accidentes en el hogar, no se contabilizan como tal. Tampoco existen datos estadísticos nacionales que muestren las tentativas de suicidio que realiza la población. Y, teniendo en cuenta esa tasa suicida, las tentativas de suicidio deben ser mucho más elevadas que los suicidios consumados.

Por todo ello, la prevención, formación e intervención es fundamental. Hasta el 2018 no existía en La Rioja ningún programa que focalizase en la problemática de los suicidios. Con la implantación del I Plan de Prevención de Suicidios en La Rioja se desea reducir esa tasa de muertes autoprovocadas. Tras el establecimiento del Plan se han organizado diferentes programas comunitarios educativos, de comunicación y sociales. Lo beneficioso del Plan es que no solo se ha prestado atención al nivel sanitario, ya que tradicionalmente los programas de esta tipología únicamente estaban orientados a la sanidad.

Con todos estos avances, completamente necesarios, parece que se ha descuidado la figura del trabajador social en los diferentes programas impulsados. Tanto desde una perspectiva de receptores de programas, como desde la perspectiva de emisores de conocimientos laborales necesarios para una intervención integral de la problemática. Analizando el III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja, los trabajadores sociales se encuentran inmersos en cuatro equipos interdisciplinarios, de las siete áreas especializadas en salud mental. En la práctica, solo hay dos trabajadoras sociales dentro de todo lo que es la red de Salud Mental de La Rioja: una en la Unidad de Larga Estancia, y otra en la Unidad de Rehabilitación de Área. Es por lo que hay un volumen alto de pacientes riojanos en salud mental que no cuentan con una rehabilitación social integral, ya que no pueden recibir la atención de un profesional del Trabajo Social. La única función que establece el Plan Estratégico a los trabajadores sociales es “derivar al trabajador/a social de salud a las personas con trastornos derivados del abuso de alcohol y otras drogas para incluir en los programas de coordinación de la Red de Salud Mental” (el III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja, 2015, p. 67). Es decir, se les otorga solamente el papel de agente coordinador con otros recursos, olvidando el resto de tareas propias de la profesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

Asociación Riojana de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (s.f). *La enfermedad mental crónica*. Recuperado de <http://www.arfes.org/enfermedad/cronica.htm>

Barrionuevo, J. A. (2009). *Suicidio e intentos de suicidio*. Recuperado de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/suicidio_e_intentos.pdf

Berger, M.M. (1979). *Cómo trabajar con pacientes. Guía para tratar a las personas que llamamos enfermos mentales*. México D. F: Editorial Concepto S.A.

Brea Iglesias, J. y Gil Rodríguez, H. (2016) Estigma y salud mental. Una representación desde el trabajo social. *Trabajo social hoy*, 78, 95-112.

Casado, M. (2018, 19 de junio). La enfermedad mental, la gran patología sanitaria del siglo XXI. *La Rioja*. Recuperado de <https://www.larioja.com/la-rioja/enfermedad-mental-gran-20180618220457-nt.html>

Comisión de las Comunidades Europeas (CCE) (2005, 14 de octubre). *Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Recuperado de https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Comunidad de Madrid. Consejería de Salud (2014). *Guía para la detección y prevención de la conducta suicida*. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017859.pdf>

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (CEAFPEM) (2008). *Salud Mental y Medios de Comunicación. Guía de Estilo*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/GUIADEESTILOSEGUNDAEDICION.pdf>

Confederación Salud Mental España (CSME) (2019). *La salud mental en cifras*. Recuperado de <https://comunicalasaludmental.org/guiadeestilo/la-salud-mental-en-cifras/#espana>

Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 311, de 29 de diciembre de 1978

Durkheim, É. (2018). *El suicidio*. Madrid: Ediciones Akal

European Observatory on Health Systems and Policies (2019). *Country Health Profiles*. Recuperado de <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/country-health-profiles>

European Observatory on Health Systems and Policies (2007). *Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental*. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/saludMentalEuropa.pdf>

Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2019). *Definición global del Trabajo Social*. Recuperado de <https://www.ifsw.org/es/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>

Fonseca Pedrero, E. y Díez Gómez del Casal (2018). Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos. *Revista de Estudios de Juventud*, 120, 35-46.

Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2016) *Observatorio del suicidio en España*. Recuperado de <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2016/espa%C3%B1a-suicidios-2016/>

Garcés Trullenque, E. M (2010). El Trabajo Social en la salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.

Giner, L. y Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 101-154.

Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud (2018). *I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja*. Recuperado de

http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/PLAN_PREVENCION_CONDUCTA_SUICIDA_DEF.pdf

Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud (2015). *III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016-2020*. Recuperado de <http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/VERSION%20DEF%20III%20PLAN%20ESTRATEGICO%20DE%20SALUD%20MENTAL%202016-2020.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (2017). *Defunciones según la causa de muerte en La Rioja 2016*. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2016/l0/&file=02018.px>

Instituto Nacional de Estadística (2018). *Defunciones según la causa de muerte 2017*. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2017/l0/&file=01001.px>

Instituto Nacional de Estadística (2007). *Estadística del Suicidio en España 2006*. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t18/p427/a2006/l0/&file=02001.px&L=0>

Jiménez, L., Sáiz, P.A. y Bobes, J. (2006). Suicidio y depresión. *HUMANITAS, HUMANIDADES MÉDICAS: Tema del mes on-line*, 9, 1-21.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 102, de 29 de abril de 1986

Martín Plaza, A. (2013, 10 de septiembre). La invisibilidad del suicidio, un tabú que impide la prevención de estas muertes. *RTVE*. Recuperado de <http://www.rtve.es/noticias/20130910/suicidio-prevencion/745686.shtml>

Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (s.f) *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/Organismos%20Especializados/OMS.aspx>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018, 16 de junio). *Nota Técnica. Encuesta Nacional de Salud. España 2017*. Recuperado de

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/E NSE2017_notatecnica.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Recuperado de <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

Mosquera, L. (2016) Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3, p. 9-18.

Navío Acosta, M. y Villoria Borrego, L. (2014) Factores de riesgo de la conducta suicida En A. Anseán (1ª Ed.), *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp.117-194). Madrid: Fundación Salud Mental de España.

Olmo López, A. y García Fernández, D. (2014) El tratamiento de las noticias sobre suicidios. Una aproximación a su reflejo en los medios de comunicación. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 20, 1149-1163.

Olmo López, A. y García Fernández, D. (2015) Suicidio y libertad de información: entre la relevancia pública y la responsabilidad. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 38, 35-57.

Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2005). *Declaración Europea de Salud Mental*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf

Organización Mundial de la Salud (2004, 8 de septiembre). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>

Organización Mundial de la Salud (2004). *Intervenir en Salud Mental*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del suicidio. Un instrumento de trabajo*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2001). *Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf

Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2012, agosto). *Salud mental. Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Organización Mundial de la Salud (2013, diciembre). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Organización Mundial de la Salud (2018, 24 de agosto). *Suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Organización Mundial de la Salud (2018, 9 de abril). *Trastornos mentales*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Pérez Larumbe, M. (2017). *Objetivos del trabajador social en el Centro de Salud Mental de Albelda*. Material no publicado.

Rangel-Garzón, C.X., Suárez-Beltrán, M.F., Escobar-Córdoba, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63, p. 707-716.

Real Academia Española de la Lengua (s.f). Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=YfnPoSq>

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, 222, de 16 de septiembre de 2006

Rojas Montes, E. (2010). Epidemia de suicidios entre los jóvenes. *Cuadernos de criminología: revista de criminología y ciencias forenses*, 9, 24-37.

Sarasola Sánchez-Serrano, J.L., Mora Cárdenas, M.M., Vallejo Andrada, A. (2016). Suicidio y Trabajo Social. *International Journal of Educational Research and Innovation*, 6, 46-57.

Unión Europea (2019, 6 de febrero). *España. Visión general*. Recuperado de https://europa.eu/european-union/about-eu/countries/member-countries/spain_es

Unión Europea (2008). *Pacto europeo para la salud mental y el bienestar*. Recuperado de https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_es.pdf

Ureña Hidalgo, A. (2010). La salud mental del Trabajo Social en Cataluña. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 353-360.